

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem
Médico-Cirúrgica
Área de Intervenção em Enfermagem Oncológica
Relatório de Estágio

**Autocuidado da Pessoa com Doença Oncológica de Cabeça
e Pescoço sob Quimioradioterapia: Intervenções
Educativas para a sua Capacitação**

Selma Cristina Oliveira Machado

Lisboa

2017



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem
Médico-Cirúrgica
Área de Intervenção em Enfermagem Oncológica
Relatório de Estágio

**Autocuidado da Pessoa com Doença Oncológica de Cabeça
e Pescoço sob Quimioradioterapia: Intervenções
Educativas para a sua Capacitação**


Selma Cristina Oliveira Machado

Orientador: Professora Eunice Sá

Lisboa

2017

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



AGRADECIMENTOS

Culminada esta caminhada não poderia deixar de expressar os meus sinceros agradecimentos a todos aqueles que se revelaram determinantes neste percurso de aprendizagem e que contribuíram para o seu desenvolvimento e concretização.

Expresso o meu agradecimento à Professora Eunice Sá que, através dos seus saberes, competência, disponibilidade, compreensão e palavras de incentivo, acompanhou este trabalho e ajudou a torná-lo possível. A todos os profissionais com quem contactei nos diversos ensinamentos clínicos, pela partilha de conhecimentos e experiências que contribuíram para a minha aprendizagem e crescimento profissional. Aos amigos pelo acompanhamento, incentivo e apoio.

E um agradecimento especial à minha família pela sua presença, compreensão e apoio incondicional para que chegasse ao fim deste percurso.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CDE- Código Deontológico do Enfermeiro

DGS- Direção-Geral da Saúde

ESEL-Escola Superior de Saúde de Lisboa

EONS- *European Oncology Nursing Society*

ICN- *Internacional Council of Nurses*

INE- Instituto Nacional de Estatística

OE- Ordem dos Enfermeiros

QRT- Quimiorradioterapia

REPE- Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

WHO- *World Health Organization*

RESUMO

A doença oncológica de cabeça e pescoço é frequentemente diagnosticada numa fase avançada exigindo, muitas vezes, tratamentos agressivos que passam pela concomitância de quimioterapia e radioterapia.

Os tratamentos são causadores de significativas toxicidades com implicações profundas na vida do doente e com repercussões a nível físico, psíquico e social, exigindo que a pessoa se adapte a uma série de modificações pluridimensionais. Neste sentido, emerge a necessidade de promover o autocuidado da pessoa doente, com o objetivo de melhorar a sua resposta aos processos de vida, saúde e doença, assumindo o enfermeiro um papel de extrema importância neste processo, como educador e promotor de autocuidado.

Tendo por base a reflexão sobre a prática do cuidar, surgiu a necessidade pessoal e da equipa de enfermagem de trabalhar o autocuidado da pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço sob quimioradioterapia com vista à sua capacitação, determinando como questão de partida para este percurso: “Quais as intervenções/ estratégias educativas de enfermagem para a capacitação para o autocuidado da pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço sob quimioradioterapia?”

Esta foi a temática selecionada para desenvolver competências de enfermeiro especialista na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica que se enquadra no âmbito da Especialidade em Enfermagem Médico-cirúrgica, vertente Oncológica.

O presente relatório evidencia o percurso efetuado nos estágios realizados, através de uma análise crítica e reflexiva dos achados encontrados, com recurso à metodologia de projeto alicerçado na mais recente evidência científica e ancorada na Teoria do Défice do Autocuidado de Enfermagem, de Dorothea Orem.

Ao longo deste percurso foi possível obter contributos para a aquisição de competências através da observação da prática, da participação dos cuidados prestados e da elaboração de instrumentos de apoio à prática de cuidados (Guia Orientador de Boas Práticas em Enfermagem, *Checklist* do Processo Educativo na Capacitação para o Autocuidado e um Guia de Recomendações a ser fornecido ao doente e sua família) com o intuito de promover a qualidade e excelência da profissão de enfermagem.

Palavras-chave: Autocuidado, cancro de cabeça e pescoço, intervenções educativas, enfermagem, quimiorradioterapia

ABSTRACT

Head and neck cancer is often diagnosed at an advanced stage, often requiring aggressive treatments that undergo chemotherapy and radiation therapy.

The treatments cause significant toxicities with profound implications in the patient's life and with repercussions at the physical, psychic and social levels, requiring that the person adapts to a series of multidimensional modifications. In this sense, the need to promote self-care of the sick person emerges, with the aim of improving their response to life, health and disease processes, and nurses play an extremely important role in this process as educators and promoters of self-care.

Based on a reflection of the practice of caring, there was a personal and a nursing team need to work on the self-care of the person with head and neck oncological disease undergoing chemoradiotherapy with the goal of improving their capacity of dealing with it. The starting point for this course was determined as follows: "What interventions / educational strategies of nursing are needed to train the self-care of the person with head and neck cancer undergoing chemoradiotherapy?"

This was the theme selected to develop the skills of specialist nurses in the area of Medical-Surgical Nursing that falls within the scope of the Specialty in Medical-Surgical Nursing, on the oncological side.

This report evidences the course of action carried out in all the hospital practices performed, through a critical and reflexive analysis of the findings, using a project methodology based on the latest scientific evidence and anchored in Dorothea Orem's Theory of Self-Care Nursing Deficit.

Throughout this course, it was possible to acquire skills through the observation of practices, the participation in the care provided and the elaboration of instruments to support these practices (Guide to Good Practices in Nursing and Checklist of the Educational Process in the Training for Self-care and a Guide for Recommendations to be provided to the patient and his / her family) in order to promote the quality and excellence of the nursing career.

Keywords: Self-care, head and neck cancer, patient education, nursing, chemoradiotherapy

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....	16
1.1. A pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço sob quimiorradioterapia.....	16
1.2. As competências do enfermeiro segundo a Teoria de Enfermagem do Défice do Autocuidado de Orem.....	17
1.3. Intervenções educativas na capacitação para o autocuidado da pessoa com doença oncológica sob quimiorradioterapia	19
2. PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	24
2.1. Diagnóstico de situação	25
2.2. Objetivos gerais.....	26
2.3. Planeamento	27
3. EXECUÇÃO DAS TAREFAS PREVISTAS.....	30
3.1. Identificar as necessidades educativas da pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço	30
3.2. Identificar as intervenções/estratégias educativas desenvolvidas pela equipa de enfermagem ao nível da capacitação para o autocuidado da pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço	32
3.3. Identificar contributos dos instrumentos educativos utilizados no planeamento da alta.....	39
3.4. Agir como elemento dinamizador da equipa de enfermagem para a melhoria dos cuidados prestados à pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço sob quimiorradioterapia, com vista à sua capacitação para o autocuidado	41
3.4.1. Avaliar as necessidades da equipa de enfermagem no domínio das intervenções educativas de enfermagem na capacitação para o autocuidado da pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço sob quimiorradioterapia.	41
3.4.2. Dar a conhecer à equipa de enfermagem a importância das intervenções educativas na capacitação para o autocuidado da pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço sob quimiorradioterapia	42
3.4.3. Capacitar para o autocuidado a pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço sob quimiorradioterapia.....	43

4.	AVALIAÇÃO	46
4.1.	Reflexão crítica sobre as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.....	46
4.1.1.	Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.....	47
4.1.2.	Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, em pessoa em situação crónica e paliativa, as competências preconizadas pela European Oncology Nursing Society e as competências do 2º ciclo previstas para obtenção de Grau de Mestre	49
4.2.	Questões Éticas	51
4.3.	Pontos fortes e pontos fracos.....	52
4.4.	Contributos do projeto para a melhoria da qualidade dos cuidados.....	54
5.	CONCLUSÃO E PERSPETIVAS FUTURAS.....	58
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60

ANEXOS

Anexo I – Registo da avaliação do estágio com relatório

APÊNDICES

Apêndice I – Grelha de registo do contexto de estágio A

Apêndice II – Grelha de registo do contexto de estágio B

Apêndice III – Estudo de caso

Apêndice IV – Revisão *Scoping*

Apêndice V – Reflexão crítica segundo Ciclo de Gibbs de uma situação de cuidados no contexto de estágio A

Apêndice VI – Análise das práticas educativas de enfermagem observadas no contexto de estágio A e B

Apêndice VII –Plano de sessão de formação à equipa de enfermagem do contexto de estágio B

Apêndice VIII – Documento de avaliação da sessão de formação à equipa de enfermagem do contexto de estágio B

Apêndice IX –Sondagem de opinião aplicada à equipa de enfermagem do contexto de estágio D

Apêndice X – Plano de sessão de formação à equipa de enfermagem do contexto de estágio D

Apêndice XI – Avaliação da sessão de formação à equipa de enfermagem do contexto de estágio D

Apêndice XII – Guia orientador do processo educativo

Apêndice XIII – Instrumento de suporte educativo: Checklist

Apêndice XIV – Guia com recomendações a entregar ao doente

INTRODUÇÃO

O presente relatório, intitulado “ Autocuidado da Pessoa com Doença Oncológica de Cabeça e Pescoço sob Quimioradioterapia: Intervenções Educativas para a sua Capacitação, insere-se no âmbito do plano de estudos do 7º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente Oncológica.

A sua finalidade é espelhar o percurso desenvolvido na Unidade Curricular Estágio com Relatório, de uma forma crítica e reflexiva, para a aquisição de competências de enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, integrando o conhecimento científico adquirido nesta área, o julgamento clínico e a tomada de decisão imprescindíveis na implementação de um plano de intervenção em contexto de prática clínica (Ordem dos Enfermeiros, OE, 2010).

O percurso realizado partiu da identificação de uma problemática existente em contexto profissional e, nesse sentido, conduziu à elaboração de um projeto de intervenção com vista à melhoria da qualidade dos cuidados e ao desenvolvimento de competências especializadas, através da integração do conhecimento científico e da intervenção em contexto de prática clínica.

Ao desempenhar funções num centro oncológico de referência, assente na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa com doença oncológica, optou-se por desenvolver o projeto na área dos cuidados dirigidos à pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço sob quimioradioterapia (QRT).

Esta área de estudo enquadra-se nas doenças crónicas, que é considerada uma área de prioridade para a investigação em enfermagem e também reconhecida como uma necessidade urgente de intervenção pela ameaça crescente à saúde e ao bem-estar globais (OE, 2009).

A doença oncológica é uma realidade presente na sociedade atual e permanece ainda como uma das doenças mais temidas pela população em geral com um profundo impacto nos doentes, familiares e sociedade em geral (Ministério da Saúde, 2007). Esta ocupa o segundo lugar no ranking das principais causas de morte no nosso país, situando-se imediatamente após as doenças cardiovasculares (Instituto Nacional de Estatística, INE, 2015).

A trajetória de doença oncológica é pautada por um elevado grau de incerteza, desencadeando reações não só a nível físico, mas sobretudo a nível psicológico pelas alterações da imagem corporal, da autoestima e do autoconceito, interferindo na qualidade de vida (Pereira & Lopes, 2005).

Apesar dos avanços científicos e tecnológicos, a doença oncológica continua a ser encarada por muitos como fatal, sendo indutora de grande sofrimento uma vez que conduz a limitações da funcionalidade que se estende às áreas de interação familiar, profissional e social, necessitando de terapêutica de manutenção por longos períodos, com uma elevada iatrogenia de armas terapêuticas, sendo estes agressivos e com efeitos secundários complexos (Miguel, Gudiño & Silva, 2014; Justo, 2014). Como tal, é reconhecido o seu forte impacto ao nível da prestação de cuidados hospitalares, pois envolve a utilização de muitos recursos na sua prevenção, tratamento e reabilitação (Alves, 2013).

De acordo com o acima referido, torna-se claro que, atualmente, a doença oncológica se transformou numa das prioridades das políticas de saúde nacional e mundial (Escoval, Santos, Sousa & Moreira, 2014).

Inserida no grupo das doenças oncológicas encontra-se a doença oncológica de cabeça e pescoço, que se constitui um relevante problema de saúde a nível mundial, nomeadamente nos países em desenvolvimento, marcado pelas elevadas taxas de mortalidade (Pisani, Bray & Parkin, 2002).

A doença oncológica de cabeça e pescoço é uma doença carregada de estigma e de conotações negativas e representa uma ameaça intensamente visível e incapacitante, pois tem repercussões estéticas e funcionais que são facilmente observáveis por se situarem numa região do corpo descoberta (Santiago, 2006; Sobecki-Ryniak & Krouse, 2013). As pessoas consideram esta região do corpo como algo que mais do que as palavras identifica e representa cada indivíduo perante os outros, simbolizando a identidade pessoal de cada um (Gonçalves, Guterres & Novais, 2010).

Como consequência da cirurgia e dos restantes tratamentos, a pessoa pode ver comprometidas as necessidades humanas básicas, como é o caso das necessidades de respiração, alimentação e comunicação, bem como, alterações da função social, da dinâmica familiar e da relação conjugal e sexual, causando

dificuldades de adaptação, de autocuidado, com repercussões negativas na sua qualidade de vida (Sobecki-Ryniak & Krouse, 2013).

A quimioterapia concomitante com a radioterapia tem sido até agora a opção terapêutica mais frequentemente utilizada nas doenças oncológicas de cabeça e pescoço localmente avançadas, afastando os procedimentos cirúrgicos radicais. A razão deve-se ao facto de estas serem consideradas menos agressivas a nível estético e funcional (consideradas poupadores do órgão) e por contribuírem para a sobrevivência dos doentes com cancro de cabeça e pescoço (Sobecki-Ryniak & Krouse, 2013).

Há, no entanto, em contrapartida, uma desvantagem significativa que é o aumento de toxicidade induzido pela terapêutica simultânea o que compromete frequentemente as doses administradas de uma ou ambas as modalidades, com potencial compromisso da sua eficácia, colocando em causa o controlo loco-regional e a sobrevivência (Lambertz et al, 2010).

As atuais políticas de saúde colocam o enfoque na responsabilização e envolvimento dos doentes e famílias para se auto-cuidarem no que diz respeito às atividades de vida diária e na procura de comportamentos de saúde no sentido de serem capazes de gerir com eficácia os processos saúde /doença (Petronilho, 2012).

Por sua vez, os processos de alta são cada vez mais precoces, comprometendo a segurança dos cuidados indispensáveis para o restabelecimento do estado de saúde dos doentes e a completa recuperação das suas capacidades, de forma a poderem assumir todas as atividades da sua vida diária (Ferreira, Mendes, Fernandes & Ferreira, 2011).

Segundo Pedersen, Koktved & Nielsen (2012) verifica-se no decurso do tratamento que os doentes experimentam dificuldade de acesso aos prestadores de cuidados devido a um aumento significativo do número de doentes a realizar tratamentos antineoplásicos e pela exigência no cumprimento de metas institucionais com vista a alcançar a máxima eficiência. E quanto aos enfermeiros, estes sentem-se limitados na satisfação das necessidades de ensino devido aos constrangimentos temporais e recursos limitados (Portz & Johnston, 2014). Por estas razões, os doentes expressam sentir dificuldades de comunicação, sobrecarga de informação e esta pouco adequada às necessidades individuais, centrando o

ensino mais sobre a doença e tratamento e menos sobre autogestão e coping para lidar com a doença e os efeitos secundários do tratamento em casa (Pedersen, Koksved & Nielsen, 2012).

De acordo com o mesmo autor, o défice na transmissão de informações, falhas no levantamento das necessidades educacionais e cuidados pouco individualizados são identificados como lacunas à eficácia e qualidade das intervenções de enfermagem na capacitação para o autocuidado dos doentes oncológicos.

Face a isto, torna-se claro que os doentes oncológicos de cabeça e pescoço exigem uma extensa área de intervenção ao nível da educação e de cuidados holísticos no percurso do tratamento, enquadrando-se a importância da capacitação dos doentes para se autocuidarem em relação às atividades de vida diária (Balusik, 2014). Por sua vez, os enfermeiros encontram-se numa posição privilegiada para intervir ao nível da capacitação para o autocuidado, através de uma relação terapêutica e de parceria com o doente.

Para tal, é imprescindível que os profissionais tenham formação contínua no que diz respeito às estratégias educativas que permitam capacitar a pessoa doente para o autocuidado, não descurando as especificidades dos tratamentos oncológicos (Sobecki-Ryniak & Krouse, 2013). É ainda determinante perceber como podem motivar e capacitar os doentes para o autocuidado (Portz & Johnston, 2014).

As razões acima evidenciadas justificaram ancorar o projeto à *Teoria do Défice do Autocuidado de Enfermagem*, de Dorothea Orem (Orem, 2001).

Com o intuito de atingir a finalidade do projeto de intervenção foram realizados estágios em quatro contextos distintos, o primeiro num Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Otorrinolaringologia e Endocrinologia, o segundo num Serviço de Radioterapia, o terceiro num Serviço de Urologia e o quarto num Serviço de Oncologia Médica “local onde desenvolvo a minha atividade profissional”.

Para a elaboração do presente relatório, foram delineados os seguintes objetivos:

- analisar, de forma crítica e reflexiva, o desenvolvimento das competências adquiridas (competências comuns de enfermeiro especialista, competências de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, mais especificamente as competências de enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação

crónica e paliativa e as preconizadas pela European Oncology Nursing Society (EONS));

- descrever criticamente a operacionalização do projeto de intervenção;
- analisar o percurso de aprendizagem efetuado e os contributos alcançados para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem;

O presente documento é composto por um enquadramento concetual, onde são focados os conceitos relacionados com a pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço sob quimioradioterapia, a intervenção de enfermagem no âmbito educativo para a capacitação para o autocuidado e a intervenção de enfermagem articulada conceptualmente com a Teoria de Enfermagem do Déficit do Autocuidado, de Dorothea Orem (Orem, 2001). Segue-se a apresentação do projeto de intervenção, abordando o diagnóstico de situação, objetivos e o planeamento do projeto. Em seguida, expõem-se uma descrição e reflexão cientificamente fundamentada das atividades desenvolvidas, das intervenções de enfermagem implementadas e dos resultados obtidos. Posteriormente, descrevem-se as competências adquiridas ao longo dos diferentes estágios, pontos fortes e pontos fracos, questões éticas e a apresentação dos contributos da implementação do projeto para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. Por último, a conclusão do relatório que inclui uma síntese do trabalho e ainda as perspetivas futuras do projeto de intervenção desenvolvido.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

1.1. A pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço sob quimioradioterapia

Os doentes oncológicos a realizar tratamentos antineoplásicos referem sentir ansiedade e perda de controlo para gerirem de forma autónoma os efeitos secundários dos tratamentos afetando, muitas vezes, a capacidade em reter informações sobre a doença, tratamento e controlo de sintomas (Pedersen, Koktved & Nielsen, 2012). Nos doentes oncológicos de cabeça e pescoço pode-se verificar uma exacerbação destes aspetos, pois pertencem a grupos socioeconómicos mais desfavorecidos interferindo diretamente no grau de literacia, que tem influência na capacidade para compreender a informação e adquirir conhecimento, o que pode aumentar a ansiedade e resultar em atrasos no diagnóstico, tratamento e menores taxas de adesão (Wilson, Mood & Nordstrom, 2013). Para além disso, estes doentes experienciam dificuldades acrescidas no autocuidado devido a problemas de adaptação e coping com o diagnóstico, gestão da doença e tratamento, causadas pelo seu grande impacto na auto-imagem e disfunção consequente à proximidade com estruturas aerodigestivas (Sobecki-Ryniak & Krouse, 2013).

Os tratamentos antineoplásicos para os doentes oncológicos de cabeça e pescoço exigem abordagens complexas e multidisciplinares que implicam uma combinação de várias opções terapêuticas, resultante em parte por diagnósticos em estadios avançados. A sobrevivência global é um dos principais benefícios destas abordagens terapêuticas, como é o caso do tratamento com quimioradioterapia. Em contrapartida, verifica-se uma potencialização e duração superior das toxicidades que podem levar a uma interrupção do tratamento e até hospitalização, se os doentes não estiverem bem adaptados e capacitados para gerir o processo de tratamento. Isto pode repercutir-se no controlo loco-regional e nas taxas de sobrevivência, com impacto na qualidade de vida (Lambertz et al, 2010).

As toxicidades mais presentes pela concomitância da radioterapia com a quimioterapia, nos doentes oncológicos de cabeça e pescoço, são principalmente a mucosite e dermatite exacerbada pela xerostomia (Lambertz et al, 2010). As consequências destes efeitos secundários incluem habitualmente disfagia,

odinofagia, disgeusia, náuseas, vômitos, perda de apetite, perda de peso, desidratação, infecção e fadiga. Para além disso, somam-se a estes efeitos aqueles que são inerentes aos próprios regimes de quimioterapia, quer toxicidade hematológica como não hematológica, nomeadamente náuseas, vômitos, ototoxicidade e neurotoxicidade (Lambertz et al, 2010).

Pelos motivos referidos, os doentes oncológicos de cabeça e pescoço comprovadamente apresentam uma alta incidência de ansiedade, depressão e medos de recorrência. Assim sendo, é notório o peso e a ameaça destas toxicidades para o bem-estar e qualidade de vida da pessoa doente (Sobecki-Ryniak & Krouse, 2013).

1.2. As competências do enfermeiro segundo a Teoria de Enfermagem do Défice do Autocuidado de Orem

O autocuidado tem-se estabelecido nos contextos de prestação de cuidados de saúde e é reconhecido como um dos conceitos centrais no domínio de Enfermagem. Para além disso, é identificado como um resultado sensível e como um indicador da qualidade do cuidado de enfermagem. Nesse contexto, tem sido utilizado como uma ferramenta primordial na promoção da saúde e na gestão das condições crónicas.

É nesta linha de pensamento que se considera que a Teoria de Enfermagem do Défice do Autocuidado, de Dorothea Orem (2001), se adapta a esta problemática.

O autocuidado é definido como a “prática de atividades que os indivíduos realizam em seu próprio benefício, para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar” (Orem, 2001, p. 43). Esta é considerada pela autora uma atividade que pode ser aprendida e que é influenciada por fatores internos ou externos aos indivíduos, afetando a capacidade destes se envolverem no autocuidado, bem como, o tipo e a quantidade de autocuidado necessário.

As pessoas podem necessitar de cuidados de enfermagem quando têm limitações derivadas ou relacionadas com a saúde, que comprometem um adequado envolvimento na manutenção do autocuidado (Orem, 2001).

A presença de uma doença oncológica e a necessidade de cumprir regime terapêutico exigem cuidados específicos de autocuidado, que se relacionam com o desvio de saúde. Das categorias existentes relativas aos requisitos de autocuidado

por desvio de saúde, destacam-se o conseguir realizar eficazmente as terapêuticas médicas prescritas e o estar consciente e participar na regulação dos efeitos desconfortáveis ou nefastos resultantes das terapêuticas instituídas.

Surgem assim os sistemas de enfermagem, ou seja, um conjunto de ações de planeamento e execução como forma de compensar o défice de autocuidado (Orem, 2001).

De acordo com Orem (2001), compete ao enfermeiro apoiar o doente e pessoas significativas na procura de comportamentos de autocuidado, auxiliando-os na mobilização de requisitos de autocuidado no desvio de saúde, exigidos em condições de doença.

Na maioria dos casos o indivíduo possui capacidade para o autocuidado, necessitando apenas de apoio, orientação e instrução dos enfermeiros para o exercício e desenvolvimento dessas atividades, incidindo o campo de atuação dos enfermeiros no Sistema de Apoio-Educação, ou seja, no “ único sistema em que as necessidades de ajuda do doente estão confinadas a tomada de decisões, controle de comportamento e aquisição de conhecimentos e habilidades” (Orem, 2001, p. 354).

Para que exista capacitação para o autocuidado da pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço, o enfermeiro deve, como refere Orem (2001), tomar decisões que permitam regular o exercício e o desenvolvimento da atividade de autocuidado agindo de forma consistente e adequada às necessidades de autocuidado, ação essa também partilhada pelo doente.

Ao longo deste processo é imprescindível ter sempre presente os componentes influenciadores da capacidade para desempenhar as ações requeridas para o autocuidado, dos quais se destacam a motivação, a habilidade para tomar e operacionalizar decisões de autocuidado e a habilidade para adquirir, reter e operacionalizar conhecimentos técnicos (Orem, 2001). Face a isto, compete ao enfermeiro assistir o doente para determinar se as medidas de autocuidado estão a ser efetivamente desempenhadas e para determinar os efeitos do autocuidado (Orem, 2001). É crucial compreender estes aspetos para assim poder responder adequadamente aos objetivos dos cuidados de saúde, especificar os tipos de cuidados necessários e os obstáculos ao autocuidado que estão ou podem vir a estar presentes (Orem, 2001). Neste sentido, por vezes são suficientes a presença e

e segurança do enfermeiro assim como palavras de encorajamento para que o doente se sinta capaz de controlar e dirigir a sua ação de autocuidado e noutras os indivíduos podem necessitar de assistência e supervisão para a concretização do autocuidado (Orem, 2001).

De acordo com o exposto, compreende-se que o enfermeiro ao recorrer ao ensino, como método de ajudar o outro, tenha um conhecimento profundo acerca do que o doente necessita de saber e as estratégias educacionais apropriadas que devem ser providenciadas (Orem, 2001). A autora refere ainda que, só assim, os doentes podem ser ajudados a aplicar conhecimentos relevantes no seu autocuidado, tornando-se competentes na gestão do sistema de autocuidado por desvio de saúde.

1.3. Intervenções educativas na capacitação para o autocuidado da pessoa com doença oncológica sob quimioradioterapia

A educação do doente e a responsabilização do profissional para a sua execução são medidas definidas pela World Health Organization (WHO) para o estabelecimento de políticas e procedimentos com vista a que a promoção da saúde e a qualidade dos cuidados nos hospitais seja uma realidade, nomeadamente no âmbito da doença crónica (WHO, 2003, 2004).

Educação em cuidados de saúde é uma intervenção vital que contribui para a adesão da pessoa aos planos de tratamento e terapêutica (Stonecypher, 2009). Esta visa a melhoria dos conhecimentos relativos à doença e ao tratamento, permitindo a compreensão da necessidade de cumprimento do esquema proposto, viabilizando o conhecimento sobre saúde no que se refere a estar ciente dos problemas de saúde, práticas saudáveis e serviços de saúde disponíveis, bem como, a capacidade de reconhecer sinais e sintomas de doença (Internacional Council of Nurses, ICN, 2005).

Williams et al (2011), identificam a importância dos enfermeiros como educadores e gestores do processo terapêutico destacando o seu contributo na capacitação dos doentes para desenvolverem atividades de autocuidado e consequentemente para uma melhoria significativa da qualidade de vida, através de uma abordagem cognitivo-comportamental para a resolução de problemas,

aquisição de informações, autocuidado na gestão dos sintomas e suporte emocional e social. Para tal, o enfermeiro deve continuar a avançar na procura de encontrar formas efetivas de educar e tomar consciência de como os seus padrões de comportamento afetam o processo de aprendizagem (Portz & Johnston, 2014).

Segundo a WHO, a estratégia educativa é considerada uma intervenção autónoma de enfermagem com evidência relativamente à relação entre a implementação de programas de aconselhamento, educação e confirmação da informação apreendida, com melhoria de resultados de saúde das pessoas sujeitas a condições de cronicidade (WHO, 2002a; 2003).

A intervenção educativa é um método comprovadamente facilitador na promoção e responsabilização da adesão ao regime terapêutico e é também reconhecida como um dos domínios essenciais na administração segura de tratamentos antineoplásicos, pela American Society of Clinical Oncology e Oncology Nursing Society (Neuss et al, 2016).

Segundo Phaneuf (2001), trata-se de

suprir a necessidade de aprender, constituída como uma necessidade para o ser humano adquirir conhecimentos sobre si próprio, sobre o seu corpo e o seu funcionamento, sobre os seus problemas de saúde e sobre os meios de os prevenir e de os tratar a fim de desenvolver hábitos e comportamentos adequados (Phaneuf, 2001, p.85).

As intervenções de enfermagem no campo da gestão de informação/ educação sobre a saúde, são possíveis de concretizar mediante o ensino, definida por Phaneuf como uma

intervenção profissional pela qual a enfermeira estabelece um processo pedagógico que fornece à pessoa cuidada, à família ou a um grupo informação sobre a sua doença, a sua prevenção e o seu tratamento, com vista a levar a pessoa a tomar consciência das suas capacidades e a responsabilizar-se pela sua evolução para atingir um melhor estado de saúde (Phaneuf, 2001, p. 401).

Educar para a auto-gestão do doente continua a ser uma prioridade no tratamento de doentes oncológicos e é essencial para a literacia em saúde, ou seja, para a evolução de competências e aptidões necessárias, permitindo a compreensão, avaliação e utilização de informações e conceitos para ser capaz de tomar decisões informadas e conscientes. Assim, segundo Sobecki-Ryniak & Krouse

(2013), educar o doente através de medidas promotoras das capacidades de autocuidado tem mostrado um impacto positivo na adaptação à doença e tratamento.

Neste percurso educativo é ainda importante ter em consideração uma avaliação cuidadosa dos fatores que influenciam a aprendizagem, pois estes interferem na forma como o doente segue o regime de tratamento proposto (Pedersen, Koktved & Nielsen, 2012).

Da mesma forma, as metodologias de ensino devem ser adequadas ao doente tendo em consideração as suas experiências, recursos, necessidades e as barreiras de aprendizagem identificadas (Pedersen, Koktved & Nielsen, 2012). Estas são mais eficazes quando procuram se basear nas preferências do doente, na medida em que minimizam os níveis de ansiedade, potenciam a satisfação e a motivação em aprender e participar no processo de tratamento e, ainda, contribuem para um plano de ensinamentos individualizado minimizador do sofrimento do doente e promotor do autocuidado (Pedersen, Koktved & Nielsen, 2012; Dalby et al, 2013; Ream, 2000).

O próprio enfermeiro deve ter um olhar crítico sobre como transmite a informação e como fomenta o *empowerment* do doente e ainda deve estar consciente da importância da comunicação, identificando oportunidades e providenciando ferramentas que promovam essa comunicação visto ser determinante para que o doente possa participar ativamente nas decisões acerca da sua saúde (WHO, 2002; (Pedersen, Koktved & Nielsen, 2012). Esta ideia é também partilhada pelo Fee-Schroeder et al (2013), ao salientarem o poder da informação e o seu contributo no *empowerment* do doente.

Portz & Johnston (2014), consideram que para além do envolvimento do doente, a família/ cuidador devem ter uma participação em todo o processo, sendo considerado um dos requisitos para a educação do doente, e entendem que este pode ajudar no reforço da informação educacional.

O *follow-up* constitui uma componente importante na educação do doente que contribui para a continuidade de cuidados e permite um acompanhamento do doente, com espaço para esclarecimento de dúvidas e preocupações, validação e reforço ou reajuste das recomendações sobre o regime de tratamento e ainda o despiste de eventuais complicações (Portz & Johnston, 2014; Lambert et al, 2010).

E é também crucial haver uma padronização do processo educativo tendo em conta a sistematização da informação e a priorização da mesma, mas nunca descurando a individualidade do doente, evitando assim variações do ensino o que contribui para melhor compreensão e satisfação do doente (Dalby et al, 2013). Para além disso, o repartir o ensino em diferentes momentos temporais é outra metodologia que permite estruturar o ensino, avaliar o nível de compreensão do conteúdo educativo chave e reavaliar as necessidades educacionais reforçando os conteúdos necessários. Esta abordagem contribui para reter a informação importante de forma faseada e ajustada às diferentes fases do processo de tratamento, e, desta forma, evita uma sobrecarga de informação (Dalby et al, 2013).

Em suma, as estratégias educacionais dos enfermeiros passam pela gestão dos sintomas e suporte do doente, através de práticas promotoras de autocuidado e a educação assume um papel preponderante no processo de autocuidado. Nesse sentido, os enfermeiros devem assumir a responsabilidade de uma educação eficaz que preencha todos os pontos-chave acima indicados, pois só assim os doentes conseguem desenvolver habilidades promotoras de autocuidado (Wilson, Mood & Nordstrom, 2013).

2. PROJETO DE INTERVENÇÃO

O enfermeiro, segundo a alínea 4, do artigo 2º do Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, deve ter presente,

um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto da prática clínica que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo alvo e atuar em todos os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção (OE, 2010, p.2).

Nessa linha de pensamento, e para iniciar a componente prática do desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista, refletiu-se sobre a observação e participação no contexto da prática de cuidados, para assim identificar os problemas em que se poderia intervir como enfermeira especialista. Daí, surgiu a necessidade de recorrer à evidência científica com o objetivo de se obterem respostas e soluções, para assim se implementar estratégias e intervenções eficazes. Para tal, foi utilizada a metodologia de projeto (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

O projeto de intervenção que aqui se encontra espelhado, intitulado, “Autocuidado da Pessoa com Doença Oncológica de Cabeça e Pescoço sob Quimioradioterapia: Intervenções Educativas para a sua Capacitação”, alicerça-se no enquadramento conceptual e nas competências inerentes ao título de Enfermeiro Especialista e ao grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, nas competências de enfermeiro especialista preconizadas pela OE, nomeadamente no que diz respeito à pessoa em situação crónica e paliativa, bem como, algumas das Competências descritas no Core Curriculum da European Oncology Nursing Society.

No que diz respeito às competências inerentes ao título de Enfermeiro Especialista e ao grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica assente nos descritores do processo de Bolonha para o 2º Ciclo, foi tido em conta o desenvolvimento de competências que permitam evidenciar a “capacidade de análise acerca do desenvolvimento do conhecimento que sustentou e ou sustente a prática de enfermagem, (...) desenvolvendo projetos que reflitam e questionem práticas e paradigmas existentes” (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, ESEL, 2014, p. 6-7).

No âmbito do regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista foram considerados os domínios da responsabilidade profissional ética e legal, no domínio da melhoria da qualidade, no domínio da gestão dos cuidados e no domínio do desenvolvimento de aprendizagens profissionais, baseando a prática clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento, incorporando diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática e planeando programas de melhoria contínua (OE, 2010).

No que concerne às competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa, foram tidas em consideração as necessidades das pessoas com doença crónica, respeitando a sua singularidade e autonomia; a promoção de intervenções junto de pessoas com doença crónica, cuidadores e seus familiares e à aplicação de estratégias que apoiam os membros da equipa de saúde envolvidos na prestação de cuidados às diversas necessidades do indivíduo com doença crónica, seus cuidadores e familiares (OE, 2011). Procurou-se ainda desenvolver conhecimentos abrangentes sobre os efeitos colaterais de terapias contra a doença oncológica, segundo as competências específicas preconizadas pela EONS (EONS, 2013).

2.1. Diagnóstico de situação

Nos dias de hoje, assiste-se a uma mudança nos sistemas de saúde em que a tendência atual é para que, cada vez mais, o doente vivencie os efeitos secundários dos tratamentos no domicílio e para que passe no hospital apenas o tempo necessário para efetuar o tratamento e tratar fases agudas da doença e complicações (Pereira & Lopes, 2005). Isto ocorre pelo facto das atuais políticas de saúde colocarem o enfoque na responsabilização e envolvimento dos doentes e famílias para se auto- cuidarem no que diz respeito às atividades de vida diária e na procura de comportamentos de saúde no sentido de serem capazes de gerir com eficácia os processos saúde /doença (Petronilho, 2012).

Tendo em consideração que nos referimos aos cuidados e vigilância anteriormente efetuados por enfermeiros no internamento, constata-se que pode trazer riscos acrescidos se o doente não for devidamente preparado para gerir as

situações com que poderá, eventualmente, deparar-se, colocando em risco a segurança na continuidade de cuidados.

No contexto onde desenvolvo a minha atividade profissional, verifica-se que apesar das intervenções educativas, aquando do planeamento da alta, serem reconhecidas como alvo de valorização pela equipa de enfermagem, não se refletem na prática diária, verificando-se lacunas a este nível, resultantes de intervenções não sistematizadas no decurso do plano educativo e de dúvidas frequentes dos doentes e família no momento da alta, o que compromete a adesão ao regime terapêutico e os cuidados a ter em conta pelo doente e cuidador aquando do regresso a casa. Neste sentido, verifica-se com alguma frequência reinternamentos devido às intercorrências do tratamento.

Com o fim de perceber a adequação e pertinência do projeto de intervenção, foi sondada a equipa de enfermagem e o enfermeiro chefe do serviço, que o reconheceram como pertinente e, nesse sentido, definiram como importante a criação e desenvolvimento de estratégias educativas assentes em instrumentos e intervenções que possam contribuir para o autocuidado dos doentes oncológicos, especificamente na área de cabeça e pescoço sob quimioradioterapia, como projeto de melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

2.2. Objetivos gerais

Com a implementação deste projeto pretende-se o desenvolvimento de competências e a melhoria contínua dos cuidados. Para tal, e perante o diagnóstico de situação efetuado e a finalidade do projeto, foram delineados como objetivos gerais:

- Desenvolver competências de enfermeiro especialista ao nível das intervenções educativas, na capacitação para o autocuidado, da pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço, sob quimioradioterapia;
- Melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço sob quimioradioterapia.

2.3. Planeamento

Segundo Benner (2001) o conhecimento advém do saber experiencial e da transposição desse saber para o contexto dos cuidados de enfermagem.

De acordo com esse pensamento foi planeado um percurso de aprendizagem que incluiu a realização de estágios inseridos em contextos diferentes que permitam dar resposta à problemática escolhida para o desenvolvimento do projeto, que se insere na área específica da prática de enfermagem especializada em oncologia e, especificamente, no âmbito das intervenções educativas com vista à capacitação para o autocuidado da pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço, sob quimiorradioterapia.

Tendo em conta a especificidade da problemática escolhida para o desenvolvimento do projeto, foram selecionados quatro campos de estágio. Os diferentes locais permitiram acompanhar o doente em todo o seu trajeto de doença.

O primeiro estágio decorreu num Serviço de Cirurgia Oncológica de Cabeça e Pescoço, Otorrinolaringologia e Endocrinologia (estágio A), pela sua forte intervenção na identificação das necessidades da pessoa e cuidador e, consequentemente, na área educativa e de reabilitação para a promoção de autocuidado. O Serviço de Radioterapia (estágio B) corresponde ao segundo local escolhido, onde se destaca o acompanhamento dos doentes durante o período de tratamento, através de uma consulta de enfermagem organizada que permite identificar as necessidades e as complicações inerentes e, em consonância, a transmissão oral de medidas preventivas e de intervenção que minimizem as toxicidades resultantes do mesmo. O terceiro estágio foi realizado num Serviço de Internamento (estágio C) que apresenta um plano educativo estruturado e organizado de preparação para a alta complementado com *checklist*, com suporte escrito para o doente e cuidador e ainda com *follow-up* telefónico. O Serviço de Oncologia Médica (estágio D), local onde desenvolvo a minha atividade profissional, foi o último estágio e onde decorreu a fase de implementação do projeto.

Estes foram considerados contextos determinantes na aquisição de contributos e competências para a definição de estratégias na implementação do projeto. Assim, de acordo com o acima mencionado, compreende-se que este projeto de intervenção se assume como uma “potencialidade formadora, pois permite

desenvolver a capacidade de explicar as situações da prática e construir saber a partir da reflexão sobre a prática” (OE, 2010, p. 31).

As atividades desenvolvidas e os resultados alcançados serão analisados de seguida, tendo por base a análise reflexiva, a evidência científica e o referencial teórico de Dorothea Orem (Orem, 2001).

3. EXECUÇÃO DAS TAREFAS PREVISTAS

Esta etapa da metodologia de projeto permite evidenciar o caminho percorrido até à implementação do projeto de intervenção. Como tal, serão apresentados em simultâneo a descrição das tarefas realizadas e a discussão dos resultados obtidos em cada um dos contextos de estágio consoante os objetivos traçados, o que se acredita contribuir para avaliar, mais facilmente, os ganhos conseguidos no que respeita ao desenvolvimento de conhecimentos e de competências.

O projeto de intervenção é um processo dinâmico. Nesse sentido, ao longo dos estágios procedeu-se a alguns reajustes de forma a dar resposta às especificidades dos serviços e às sugestões sugeridas, para assim tirar partido do máximo de oportunidades de aprendizagem.

Por se acreditar que a prática reflexiva tem um contributo significativo para integrar o conhecimento teórico às experiências vivenciadas, recorreu-se a esta estratégia para assim melhor conseguir espelhar o percurso de aprendizagem desenvolvido.

A prestação de cuidados é exercida no seio de uma estrutura organizacional/funcional e está inserida em instituições de saúde. Nesse sentido, considera-se importante primeiramente compreender a estrutura organizativa e funcional e a dinâmica envolvente em cada equipa de saúde para assim tirar melhor partido dos objetivos traçados para cada campo de estágio. Considera-se que este aspeto ajuda na integração da dinâmica das equipas multidisciplinares envolvidas contribuindo para conhecer os momentos adequados e essenciais para observar e participar nos cuidados de enfermagem prestados e, desta forma, conseguir obter o máximo de experiências enriquecedoras para o desenvolvimento do projeto de intervenção.

3.1. Identificar as necessidades educativas da pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço

Pedersen, Koktved & Nielsen (2012) afirmam que só através de um suporte adequado às necessidades de informação do doente é que é possível tornar a pessoa capaz de cuidar de si própria e de minimizar o sofrimento. E segundo Orem

(2001) deve ser o enfermeiro a produzir cuidados para conhecer e ir ao encontro das necessidades de manutenção e regulação do autocuidado, bem como, regular o exercício ou desenvolvimento dos poderes e capacidades do indivíduo para o envolvimento no mesmo.

Como tal, foi definido este objetivo com o interesse de determinar as áreas que os doentes apontam como mais afetadas e mais carenciadas de conhecimentos, com o intuito de os tornar capazes de cuidarem de si próprios. Para além disso, teve-se a preocupação de compreender e ter em consideração os fatores que podem influenciar a capacidade de autocuidado, pois segundo Orem (2001) esses fatores são passíveis de limitar o que a pessoa pode fazer por si própria, limitando a sua capacidade para raciocinar, tomar decisões e para se empenhar nas atividades que lhe permitem atingir os objetivos do autocuidado.

Através da observação, colaboração e prestação de cuidados, assistência das passagens de turno, consulta dos registos de enfermagem e posterior validação com a enfermeira orientadora, foi possível identificar as necessidades educativas dos doentes e família.

No estágio A, as necessidades identificadas estão intrinsecamente relacionadas com as repercussões decorrentes da intervenção cirúrgica, nomeadamente ao nível da alimentação, da respiração e comunicação. Estas vão de encontro às necessidades identificadas e reconhecidas por Santos (2011), ao referir que em consequência da cirurgia, a pessoa vai poder ver as suas necessidades de respiração, alimentação e comunicação alteradas. Devido a isso, “muitos doentes com cancro da cabeça e pescoço recusam, inicialmente, a cirurgia na tentativa de preservar ou manter a estética e a função” e também porque “a imagem corporal, a autoestima e a sexualidade podem ser ameaçadas pelos resultados do processo cirúrgico” (Otto, 2000, p.256).

Em relação ao estágio B, as necessidades identificadas relacionam-se com os efeitos secundários do tratamento de radioterapia. Nesse sentido, as necessidades que mais se evidenciaram foram as relativas à pele e mucosas e alimentação, ou seja, as radiodermites, radiomucosites, disgeusia, xerostomia e infeções orais. Estas toxicidades evidenciadas vão de encontro às apontadas por Lambert et al (2010), como consequência do tratamento de radioterapia: mucosite, xerostomia, dermatites, disgeusia, disfagia, odinofagia, alterações gastrointestinais, infeções, dor

e fadiga. Nesse contexto, o mesmo autor define como estratégias preventivas das toxicidades da radioterapia nos doentes oncológicos de cabeça e pescoço, a área dos cuidados alimentares, de higiene oral e cuidados à pele irradiada.

Orem (2001) refere que duas das categorias dos requisitos de autocuidado por desvio de saúde relacionam-se com levar a cabo terapêuticas médicas prescritas e de medidas de reabilitação para a patologia em si e também conhecer e participar na regulação dos efeitos desconfortáveis ou nefastos das terapêuticas instituídas.

Para alcançar o objetivo traçado foram realizadas grelhas no contexto de estágio A e B. Estas grelhas destacam as principais necessidades identificadas resultantes dos tratamentos oncológicos e foram preenchidas com recurso à observação e prestação de cuidados, utilizando o instrumento de colheita de dados existente nos serviços (Apêndices I e II).

De forma a complementar essa aprendizagem, realizou-se o registo escrito de um estudo de caso, inserido no contexto de estágio A (Apêndice III).

Estas atividades permitiram perceber as principais necessidades educativas da pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço, de forma a serem desenvolvidas intervenções dirigidas às mesmas.

3.2. Identificar as intervenções/estratégias educativas desenvolvidas pela equipa de enfermagem ao nível da capacitação para o autocuidado da pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço

Sobecki-Ryniak & Krouse (2013) afirmam que educar o doente através de medidas promotoras das capacidades de autocuidado tem mostrado um impacto positivo na adaptação à doença e tratamento, melhorando a qualidade de vida. E, como refere Orem (2001) os enfermeiros necessitam de ter conhecimentos bem sedimentados sobre a patologia e medidas terapêuticas usadas para que os doentes possam ser ajudados a aplicar conhecimentos relevantes no seu autocuidado.

No sentido de dar consistência técnico-científica à intervenção de enfermagem foi elaborada uma revisão da literatura, recorrendo a bases de dados científicas, para encontrar a melhor e mais recente evidência relativa às intervenções/estratégias educativas no domínio da capacitação para o autocuidado

da pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço sob quimiorradioterapia, que se encontra em apêndice (Apêndice IV).

Pretendeu-se responder à questão de investigação: “Quais as intervenções/estratégias educativas de enfermagem para a capacitação para o autocuidado da pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço sob quimiorradioterapia?”

Foi escolhida a revisão *scoping*, uma vez que este é um dos métodos de pesquisa utilizados para “mapear a literatura ou evidência existente” (Armstrong, Hall, Doyle & Waters, 2011). Este método contribui, segundo Arksey & O'Malley (2005) com informação ampla e aprofundada sobre toda a literatura existente, o que permite uma compreensão profunda dos dados encontrados e do modo como se relacionam uns com os outros.

Uma das outras atividades desenvolvidas foi a observação e colaboração nos cuidados prestados pelos enfermeiros, do contexto de estágio A e B, de forma a perceber que estratégias educativas eram utilizadas pela equipa de enfermagem com vista à capacitação para o autocuidado.

Constatou-se na abordagem das equipas de enfermagem que os cuidados eram centrados na promoção do autocuidado que vai de encontro ao defendido por Orem (2001), na medida em que o enfermeiro interage com os doentes e age de forma consistente para responder às necessidades de autocuidado e regula o exercício ou o desenvolvimento das capacidades para o autocuidado.

A educação é assumida, nestes serviços, como preponderante no processo de autocuidado. De acordo com Orem (2001) é através desta que os doentes adquirem conhecimentos e habilidades que lhes permitem a tomada de decisão e o desempenho do autocuidado. Segundo Wilson, Mood & Nordstrom (2013), os doentes sentem uma sensação de controlo, lidam melhor com a incerteza em relação à sua saúde, tendem a seguir os planos de cuidados com um maior grau de proximidade e recuperam mais rapidamente.

Colaborar na prestação de cuidados ao doente, permitiu observar e identificar como os enfermeiros diariamente apoiam, orientam e instruem o doente para que este desempenhe atividades de autocuidado recorrendo, para tal, a algumas estratégias.

As equipas de enfermagem atuam no sentido de prestar cuidados adequados às necessidades individuais, centrando o ensino mais sobre a autogestão e *coping*

para lidar com a doença e com as repercussões ou os efeitos secundários do tratamento. Segundo Benner (2001), cabe ao enfermeiro encorajar o doente a tomar conta de si mesmo e, para tal, a sua ação não deve assentar apenas em informações mas também em oferecer maneiras de ser, de enfrentar e mesmo novas perspetivas, auxiliando o doente na aquisição de aprendizagens para enfrentar a doença. Assim, quando estas se procuram basear nas preferências do doente são mais bem-sucedidas, potenciando a motivação do doente em aprender e participar no processo de tratamento (Pedersen, Koktved & Nielsen, 2012).

Foi visível que o enfermeiro estrutura o ensino em diferentes momentos temporais. De acordo com Dalby et al (2013), é uma metodologia que permite estruturar o ensino, avaliar o nível de compreensão do conteúdo educativo chave e reavaliar as necessidades educacionais reforçando os conteúdos necessários. Ainda segundo o mesmo autor esta abordagem contribui para reter a informação importante de forma faseada e ajustada às diferentes fases do processo de tratamento, e, desta forma, evita uma sobrecarga de informação.

O processo educativo centra-se no envolvimento do doente, tal como, familiares ou cuidador principal e desenvolve-se num ambiente de abertura, disponibilidade, privacidade e respeito mútuo. Tem presente uma atitude terapêutica no sentido de saber “até que ponto o doente precisa de informações e quer ser informado” identificando o momento em que o doente está pronto para aprender (Benner, 2001, p.111).

A família e o cuidador principal são inseridos, não só na tomada de decisão como também na colaboração nos cuidados ao doente. E segundo Portz & Johnston (2014), o envolvimento da família/cuidador é um dos requisitos para a educação do doente e entendem que este pode ajudar no reforço da informação educacional.

O estágio A centrou-se no plano educativo, que é realizado pelos enfermeiros, no decurso do planeamento da alta. A este nível, a atuação do enfermeiro pautou-se pela readaptação funcional com “o ensino, a instrução e o treino do cliente sobre a adaptação individual requerida face à adaptação funcional” (OE, 2002, p.15).

Ao longo do estágio realizaram-se intervenções educativas aos doentes, ao nível dos cuidados traqueais, cuidados alimentares, cuidados de higiene oral, bem como, desenvolvimento de estratégias comunicacionais, onde se teve oportunidade de acompanhar as várias fases evolutivas de ensino, decorrentes do planeamento

da alta, até ao dia da alta propriamente dito. Esta experiência permitiu desenvolver competências ao nível das estratégias educativas, bem como, preparar o doente, família e cuidador para o desenvolvimento de atividades de autocuidado promotoras de um regresso a casa em segurança e assegurando a continuidade de cuidados, tal como é evidenciado na reflexão crítica de uma situação de cuidados (Apêndice V).

Apesar de não existir normalização dos procedimentos relativos à intervenção de enfermagem, no âmbito educacional, foi possível obter informação relacionada com a mesma, através da consulta de alguns folhetos dirigidos ao doente sobre a alimentação por sonda nasogástrica, recomendações com gastrostomia endoscópica percutânea e sobre traqueostomia e seus cuidados (que neste momento não estão a ser fornecidos devido a restrições económicas na impressão dos folhetos). Contudo Portz & Johnston (2014), Dalby et al (2013) e Van der Meulen et al (2012), reconhecem que a existência de uma ferramenta educacional de suporte é facilitadora fornecendo sugestões de como realizar a educação através de uma estrutura que assegura quem deve ser incluído no ensino, os aspetos a serem levantados para a identificação das necessidades individuais do doente, os conteúdos principais a abordar, o material educativo a ser utilizado e a sua forma de aplicação e, por último, a validação da compreensão do ensino realizado.

Neste seguimento, estão incluídos na grelha de registo anteriormente referida (Apêndice I) e que se encontra relacionada com as principais necessidades identificadas, a informação pertinente a ser fornecida ao doente e família, as intervenções adjacentes, as estratégias utilizadas e os itens da avaliação de resultados esperados, de forma a ser utilizado como um instrumento educacional a ser aplicado no serviço e também como uma mais-valia para a construção dos instrumentos educacionais propostos. Esta grelha resultou da observação do processo educativo e foi disponibilizada à enfermeira orientadora no decurso da realização do estágio.

A comunicação oral e escrita entre os vários elementos da equipa de enfermagem é o que utilizam para a continuidade de cuidados, através da transmissão da informação pertinente sintetizadora do ensino realizado ao doente e à família ou cuidador, com recurso às passagens de turno, aos registos escritos, às cartas de alta de enfermagem e ainda aos contactos estabelecidos com os diversos elementos da equipa multidisciplinar. A continuidade dos cuidados é considerada um

dos elementos fulcrais para que a alta aconteça em segurança e é reconhecida pelo código deontológico do enfermeiro, como um dever do enfermeiro em garantir a mesma, através do registo das intervenções e observações realizadas, para que haja transmissão de informação entre os profissionais ao longo do internamento e no pós-alta (OE, 2005).

Ao longo do estágio A houve oportunidade de estabelecer relações de parceria entre os diferentes profissionais que constituem a equipa multidisciplinar, nomeadamente psicólogo, psiquiatra, médico, fisioterapeuta, nutricionista, assistente social, terapeuta da fala e enfermeiros peritos na área da dor e estomaterapia. Estas foram um excelente contributo de aprendizagem, de partilha de conhecimentos com respeito pelas competências e pela área de atuação de cada um, tendo como objetivo melhorar o estado de saúde do doente e família. Esta experiência foi de extrema importância na medida em que “o êxito do processo de reabilitação do doente passa pela clareza, fluência e sistematização da informação entre os profissionais de saúde, a qual possibilita o acesso a uma visão holística das necessidades do doente” (Matos & Pereira, 2005, p. 17). Para além disso, o código deontológico do enfermeiro também reconhece como dever do enfermeiro, “trabalhar em articulação e complementaridade com os restantes profissionais de saúde”, tendo em vista a concretização de objetivos comuns centrados no doente e sua família (OE, 2015, p.104).

No estágio B, o enfermeiro desempenha um papel preponderante na promoção do autocuidado do doente sendo a consulta de enfermagem, segundo o artigo 2º da Portaria nº 306-A/2011, de 20 de Dezembro, um momento privilegiado para a “intervenção visando a realização de uma avaliação, ou estabelecimento de plano de cuidados de enfermagem, no sentido de ajudar o indivíduo a atingir a máxima capacidade de autocuidado”.

Um dos objetivos desta consulta de enfermagem é a realização de ensino e aconselhamento individual ao doente e sua família ao longo do processo de tratamento. Esta inicia-se habitualmente entre o 8º ao 10º dia após a consulta médica de decisão terapêutica e pretende ajudar o doente a uma familiarização com toda a complexidade de ações às quais ele está a ser submetido, ajudando-o a atingir a máxima capacidade de autocuidado.

O apoio fornecido é multidisciplinar existindo uma estrutura centralizada de cuidados especializados e uma rede de serviços de apoio organizada, melhorando o processo terapêutico e assegurando o conforto do doente. Nesta organização os enfermeiros são considerados um elemento de referência para os doentes e também para os restantes profissionais, mantendo a coesão entre as diferentes equipas e promovendo os fluxos de informação.

A intervenção de enfermagem observada incide numa transmissão de conhecimentos sobre o tratamento e validação dos conhecimentos já existentes, no controlo sintomático, na monitorização de conhecimentos sobre o tratamento, no reforço de ensinamentos sobre o tratamento abordando os ganhos relacionados com o desempenho de atividades de autocuidado, na promoção de atividades de autocuidado e respetiva avaliação, no encaminhamento para outros profissionais, caso se justifique, e ainda no suporte emocional. As intervenções são suportadas através de um guia de apoio para os enfermeiros que define objetivos, sistematiza os procedimentos das consultas realizadas e constitui-se um instrumento orientador das boas práticas. Este compreende uma componente teórica com os aspetos a considerar no processo educativo, destacando os cuidados de enfermagem e as medidas promotoras de autocuidado centradas nas necessidades do doente a realizar tratamento oncológico.

Na interação com o doente e família, o enfermeiro evidenciava uma conduta pautada pela honestidade, acessibilidade e calor humano, contribuindo para que os doentes se sentissem apoiados, aceites e compreendidos. Para além disso, o interesse e a disponibilidade demonstrados pela equipa de enfermagem, assim como, a possibilidade de aceder facilmente aos cuidados de saúde, em caso de dúvidas, constituíram-se fundamentais no estabelecimento de uma relação de confiança. Orem (2001), refere que é primordial o estabelecimento de uma relação complementar com a pessoa alvo dos cuidados para que o processo de cuidados de enfermagem se desenvolva. Esta complementaridade significa que o enfermeiro atua no sentido de ajudar os doentes a agir responsabilmente no seu autocuidado relacionado com a saúde, compensando as deficiências existentes nas suas capacidades para o autocuidado relacionado com a saúde e mantendo ou aumentando as suas capacidades para o autocuidado.

Neste seguimento, compreende-se que as funções educativas, relacionais e as observações da enfermeira têm um papel de relevo na readaptação do doente e na promoção da saúde (Benner, 2001).

Houve oportunidade de acompanhar doentes sob diferentes abordagens terapêuticas, no entanto, a atuação foi centrada nos doentes oncológicos de cabeça e pescoço a realizar radioterapia. Nesses momentos de interação, foi possível implementar medidas autónomas de enfermagem e interdependentes com outros profissionais de saúde com vista ao controlo e resolução das complicações agudas presentes. Este acompanhamento é realizado através da programação de consultas presenciais e a avaliação baseia-se nas vivências reportadas pelos doentes e cuidadores, não existindo instrumentos desenvolvidos para o efeito.

Foi realizada, por escrito, a análise das práticas implementadas no contexto de estágio A e B que trouxe contributos para a identificação das práticas e estratégias de cuidados de enfermagem no âmbito da capacitação para o autocuidado mais adequadas para implementação no contexto de estágio D (Apêndice VI).

Apesar de não estar prevista, foi proposta à equipa de enfermagem uma sessão de formação acerca dos cuidados a prestar à pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço sob quimioradioterapia. Nesta foi dado maior destaque à quimioterapia como um dos tratamentos oncológicos, os principais agentes antineoplásicos envolvidos e suas toxicidades, enfatizando a toxicidade hematológica. A abordagem adotada foi reconhecida pela equipa como uma lacuna na sua formação e por isso, nesse sentido, contribuiria para a aquisição de conhecimentos e melhoria dos cuidados prestados.

Esta formação foi divulgada no serviço, de forma a dar conhecimento e a envolver a equipa na sua realização. Foi elaborado um plano de sessão (Apêndice VII) e a respetiva apresentação, tendo como preocupação ir ao encontro dos aspetos que a equipa destacou como uma necessidade de formação.

No final da sessão, foi entregue um documento de avaliação da sessão (Apêndice VIII), de forma a compreender se a formação trouxe os contributos esperados para os elementos presentes.

Os elementos presentes demonstraram interesse e consideraram os conteúdos transmitidos proveitosos para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Os aspetos destacados pelos enfermeiros presentes como positivos da sessão foi a aquisição de conhecimento ao nível dos efeitos secundários inerente à terapêutica antineoplásica explorada e os ensinamentos adjacentes com vista à capacitação para o autocuidado.

Constatou-se que não havia uma uniformidade nos ensinamentos realizados aos doentes submetidos a quimiorradioterapia por parte das equipas de enfermagem do Serviço de estágio B e do Serviço de estágio D e levantou-se esta problemática no decurso da sessão. Neste sentido, houve de imediato uma abertura e disponibilidade de estabelecer uma relação de proximidade e servir como elo de ligação entre serviços o que permitiu uma uniformidade e coerência dos cuidados prestados, contribuindo assim para uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados e para a segurança dos mesmos.

Com esta formação foi possível, não só desenvolver competências na área da formação, como contribuir para a melhoria dos cuidados prestados pela equipa de enfermagem do estágio B, sendo reconhecido pela Ordem dos Enfermeiros como um dever do enfermeiro desenvolver processos de formação contínua, “procurando manter-se na vanguarda da qualidade dos cuidados num aperfeiçoamento contínuo das suas práticas” (OE, 2002, p.23).

Considera-se que as atividades desenvolvidas foram uma mais-valia para a identificação de estratégias promotoras de autocuidado com vista à capacitação do doente oncológico de cabeça e pescoço permitindo o treino de habilidades na sua execução, para posterior implementação do projeto. E, em simultâneo, a elaboração das reflexões críticas sobre as estratégias identificadas nas práticas de cuidados forneceu contributos significativos para a melhoria dos cuidados prestados em direção à implementação do projeto.

3.3. Identificar contributos dos instrumentos educativos utilizados no planeamento da alta

Este objetivo insere-se no estágio C e foi pensado com o intuito de conhecer os instrumentos educativos utilizados pela equipa de enfermagem no planeamento da alta e compreender a aplicação prática dos mesmos.

Diversos são os instrumentos educativos utilizados neste contexto: *checklist*, folhetos informativos e técnicas audiovisuais através da visualização de um filme. Todos estes instrumentos são utilizados com vista a capacitar o doente e família ou cuidador para de forma autónoma gerirem os cuidados a ter após a alta.

Em relação à *checklist*, esta insere-se na preparação para a alta e aborda o ensino pré e pós-operatório que inclui três elementos do processo de enfermagem, ou seja, os diagnósticos de enfermagem, intervenções de enfermagem e resultados de enfermagem. As intervenções realizadas abrangem quer o doente, quer a família ou o cuidador e têm como premissas a participação de ambos nos cuidados, partindo previamente da transmissão de informação adequada para a aquisição e desenvolvimento de conhecimento. Neste sentido, o enfermeiro, como promotor da saúde, recorre ao “ conhecimento e a competência técnica necessária para identificar e responder às necessidades de aprendizagem dos doentes e responder apropriadamente às suas perguntas (...)” (Henderson, 2007, p.67).

O folheto é outro suporte ao ensino realizado durante o internamento, sendo disponibilizado no momento de admissão. Neste consta informação escrita, com linguagem simples, sobre os principais cuidados a ter no domicílio e baseia-se nas necessidades identificadas.

As técnicas audiovisuais, através da visualização de um filme, foram desenvolvidas para facilitar o processo de aprendizagem. Estas servem de complemento e reforço do ensino realizado, facilitando a adesão de medidas promotoras de autocuidado.

O contacto com os instrumentos educativos e a visualização da sua aplicação, foi significativa para o desenvolvimento de competências na capacitação para o autocuidado.

Neste período de estágio, apesar de curto, serviu para tomar conhecimento das estratégias desenvolvidas para garantir a continuidade de cuidados com vista à capacitação para o autocuidado do doente e família ou cuidador, nomeadamente, a articulação com os cuidados de saúde primários, o *follow-up* telefónico e presencial e ainda o envolvimento do cuidador informal no processo de cuidados.

De acordo com o acima referido, este estágio permitiu colher contributos para a implementação do projeto através da aquisição de conhecimentos sobre os instrumentos educativos e estratégias utilizadas na capacitação para o autocuidado.

3.4. Agir como elemento dinamizador da equipa de enfermagem para a melhoria dos cuidados prestados à pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço sob quimiorradioterapia, com vista à sua capacitação para o autocuidado

Para agir como elemento dinamizador procurou-se primeiramente compreender junto da equipa de enfermagem quais as principais necessidades na capacitação para o autocuidado da população em causa, no domínio educativo. Com esse intuito, definiu-se o objetivo seguinte:

3.4.1. Avaliar as necessidades da equipa de enfermagem no domínio das intervenções educativas de enfermagem na capacitação para o autocuidado da pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço sob quimiorradioterapia.

No percurso da elaboração do projeto de intervenção foi importante compreender a opinião da equipa de enfermagem do estágio D sobre a problemática em questão. Nesse sentido, procedeu-se à realização da sondagem de opinião que pretendeu identificar as necessidades da equipa de enfermagem na capacitação para o autocuidado, nomeadamente, ao nível da sua intervenção educativa (Apêndice IX).

Os resultados obtidos revelaram lacunas nas intervenções educativas realizadas pela equipa de enfermagem e reconheceram a importância de as melhorar, através da criação de instrumentos educativos de suporte, nomeadamente um instrumento de registo do processo educativo, bem como, de um outro instrumento a ser fornecido ao doente que sirva de complemento e reforço do ensino realizado. A articulação com as diversas equipas multidisciplinares também foi reconhecida como uma área importante de intervenção. Relativamente aos momentos de ensino, foi notório que não se encontram definidos e que, nesse sentido, são realizados de acordo com a oportunidade do enfermeiro. Como tal, foi essencial ter isso em conta na elaboração dos instrumentos para uma melhor otimização do ensino prestado.

Os dados obtidos foram partilhados com a equipa de enfermagem, em sessão de formação, o que permitiu analisar em conjunto os aspetos a melhorar e a incluir no projeto de intervenção.

Durante a elaboração do projeto de intervenção considerou-se fundamental partilhar os resultados da revisão *scoping* com a equipa de enfermagem. Estes espelham a importância da intervenção de enfermagem na área educativa com vista à capacitação para o autocuidado da pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço. Para tal, estabeleceu-se o seguinte objetivo:

- 3.4.2. Dar a conhecer à equipa de enfermagem a importância das intervenções educativas na capacitação para o autocuidado da pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço sob quimiorradioterapia

Foi realizada uma sessão formativa sobre as intervenções educativas de enfermagem na capacitação para o autocuidado da pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço sob quimiorradioterapia, para apresentação do projeto de intervenção à equipa de enfermagem do estágio D que decorreu a 13 de Dezembro, com a presença de 12 enfermeiros dos 26 enfermeiros ativos no serviço (exclui-se enfermeiros em licença de férias). O enfermeiro chefe participou também neste momento formativo, de forma a poder acompanhar todo o processo que envolve o projeto de intervenção.

Divulgou-se a formação em serviço, de forma a promover a adesão da equipa, tendo sido realizada através de um documento informativo afixado em placard de informações, existente no serviço, e em diversos momentos informais.

Foi elaborado um plano de sessão com os conteúdos abordados (Apêndice X), bem como, um questionário de avaliação dos aspetos relativos à dinamização da formação e acerca dos principais contributos obtidos na sessão de formação (Apêndice XI).

Dos aspetos positivos identificados pela equipa de enfermagem, a ressaltar da sessão de formação, foram os instrumentos educativos apresentados com vista à promoção do autocuidado e a importância da articulação com as equipas de enfermagem com vista à melhoria da continuidade dos cuidados.

A criação e desenvolvimento de estratégias educativas, com recurso a instrumentos de suporte ajustados ao campo de intervenção da equipa de enfermagem, e adequados às necessidades individuais do doente e família ou cuidador, foram aspetos considerados importantes para o projeto de intervenção. Neste sentido, foi delineado o seguinte objetivo:

3.4.3. Capacitar para o autocuidado a pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço sob quimiorradioterapia

Os enfermeiros têm um papel fundamental na educação dos doentes submetidos a tratamento com quimioterapia e/ ou radioterapia. Daí a necessidade de se criar formas de orientar os enfermeiros para a educação dos seus doentes através de um guia orientador, que permita atuar de forma mais coerente e, conseqüentemente, obter melhores ganhos em saúde e uma resposta mais eficaz ao tratamento (Silva e Dias, 2007). Neste sentido, com a contribuição dos resultados obtidos na sondagem de opinião e com a discussão sobre as práticas através da formação realizada à equipa de enfermagem, foi desenvolvido um guia orientador do processo educativo (Apêndice XII), recorrendo às recomendações para a elaboração de guias orientadores da boa prática de cuidados da OE (2007), um outro instrumento, *checklist*, que permite registar e validar as intervenções de enfermagem efetuadas nesta área (Apêndice XIII) e ainda um guia com recomendações para a alta dirigido ao doente, família ou cuidador, que inclui um conjunto de recomendações a ter em conta no domicílio e que estão relacionadas com os efeitos secundários do tratamento com quimiorradioterapia (Apêndice XIV).

Para a elaboração dos instrumentos acima referidos foram utilizados os contributos dos estágios anteriores, da evidência científica e ainda da opinião do enfermeiro orientador e de elementos da equipa de enfermagem com perícia na área.

Com estes instrumentos pretendeu-se uniformizar as práticas de enfermagem no acompanhamento ao doente oncológico de cabeça e pescoço sob quimiorradioterapia e procurou-se demonstrar a mais recente evidência científica e enquadrá-la na teórica de enfermagem adotada no projeto de intervenção, de forma a seguir as práticas recomendadas que permitam tornar os cuidados prestados mais

seguros, visíveis e eficazes e, conseqüentemente, melhorar a qualidade da prática clínica.

Os diversos conteúdos incluídos nos instrumentos permitem dar suporte à atuação da equipa de enfermagem, nomeadamente, no planeamento dos cuidados, nas intervenções realizadas e na avaliação dos resultados obtidos, tendo por base as necessidades identificadas da pessoa, família ou cuidador.

A estrutura dos instrumentos criados foi pensada, de forma a ser o mais acessível possível e de acordo com os momentos de ensino estabelecidos, incluindo os itens chave na capacitação para o autocuidado.

Os itens chave incluídos nos instrumentos pretendem destacar as necessidades humanas básicas que sofrem mais alterações na pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço no decurso do tratamento de quimiorradioterapia, bem como, as intervenções educativas determinantes para promover a capacitação para o autocuidado.

Assim, os instrumentos desenvolvidos visam tornar a pessoa competente para gerir o seu processo de saúde/doença de forma autónoma no domicílio, através de intervenções educativas eficazes. Através destes foi possível adquirir conhecimentos que suportaram a sua construção, nomeadamente, no reconhecimento das necessidades de cuidados da pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço; na identificação de intervenções educativas dirigidas à capacitação para o autocuidado e ainda na articulação com as diversas equipas multidisciplinares com vista à continuidade de cuidados.

4. AVALIAÇÃO

O percurso realizado nos locais de estágio, baseado na experiência obtida nos mesmos e na revisão da literatura efetuada, pretendeu promover o crescimento formativo, profissional e o desenvolvimento de competências, fomentado numa prática clínica baseada na evidência científica mais atual.

Como tal pretende-se, de seguida, analisar e refletir sobre o percurso vivenciado, sobre os pontos fortes e fracos do projeto, as questões éticas e o balanço dos contributos da sua implementação para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e para o desenvolvimento de competências comuns para o enfermeiro especialista, as específicas para o enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa estabelecidas pela OE e as definidas pela EONS.

As aprendizagens adquiridas ao longo do percurso realizado nos diversos campos de estágio foram avaliadas nos diferentes contextos de estágio, em conjunto com os enfermeiros orientadores e professor orientador da ESEL. Estas avaliações estão formalizadas em documento próprio fornecido pela ESEL e encontram-se espelhadas em anexo (Anexo I).

4.1. Reflexão crítica sobre as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Segundo a Ordem dos Enfermeiros,

especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção (OE, 2010, p.2).

Para atingir o nível de enfermeiro especialista é imprescindível a prática, que é definida por Benner (2001, p.14) como “um todo integrado que requer que o profissional desenvolva o carácter, o conhecimento e a competência para contribuir para o desenvolvimento da própria prática.” Esta é considerada segundo o mesmo autor, como necessária para a perícia.

Para além da prática clínica, recorreu-se também à reflexão como estratégia para evidenciar o processo de desenvolvimento de competências, pois este é considerado um motor de desenvolvimento profissional e humano. Assim, segundo Santos e Fernandes (2004, p. 60),

a pessoa que faz a reflexão procura a evidência para apoiar o modo de pensar e apela à racionalidade para o fazer, aumentando a capacidade de aprender a partir das práticas, o que permite que o conhecimento e a experiência sejam fundamentados e sustentados por essa mesma prática.

Neste seguimento, passa-se a analisar e avaliar a aquisição das competências desenvolvidas ao longo dos estágios realizados.

4.1.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

O enfermeiro especialista, de acordo com o seu campo de competência, mobiliza em contexto da prática clínica, um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades, que lhe permitem decidir sobre a melhor estratégia de ação perante uma situação concreta (OE, 2010). As competências inerentes encontram-se estruturadas nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, foi tido em conta o respeito pela individualidade e dignidade da pessoa, as suas escolhas e opções de cuidados, promovendo o direito do doente à privacidade e à confidencialidade das informações fornecidas no contexto da prestação de cuidados. A relação terapêutica estabelecida desenvolveu-se num processo dinâmico e de parceria, assente no respeito pelas crenças, valores, costumes, capacidades e na valorização do papel da pessoa doente.

Durante a prática clínica agiu-se em parceria com os doentes e prestadores de cuidados na procura das medidas de resolução das necessidades identificadas e procurou-se sempre envolvê-los nas tomadas de decisão, dando-lhes a autonomia no poder de escolha. A tomada de decisão em cada prática de cuidados baseou-se em juízos fundamentados na evidência científica, na experiência profissional adquirida e no código deontológico da profissão.

Em relação à prestação de cuidados especializados à pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço sob quimiorradioterapia, houve a possibilidade de conceber e desenvolver um projeto de melhoria contínua da qualidade.

A metodologia de projeto permitiu o desenvolvimento de competências neste domínio, primeiramente através da identificação de uma área de intervenção para a melhoria da qualidade dos cuidados consoante um diagnóstico de situação, seguindo-se o planeamento de estratégias a adotar para dar resposta à necessidade identificada e posteriormente a execução do projeto.

Para o desenvolvimento desta competência, surgiram como contributos a elaboração de um guia de boas práticas, intitulado Guia Orientador do Processo Educativo na Capacitação para o Autocuidado da Pessoa com Doença Oncológica da Cabeça e Pescoço sob Quimiorradioterapia (Apêndice XII) e um instrumento de orientação e uniformização das intervenções de enfermagem que corresponde à *Checklist* do Processo Educativo (Apêndice XIII), bem como, de um guia com recomendações sobre o tratamento de quimiorradioterapia dirigido ao doente, família ou cuidador que apresenta como título: Guia de Recomendações-Tratamento de Quimiorradioterapia (Apêndice XIV).

Para o domínio da gestão dos cuidados, foi sensibilizada a equipa para o seu envolvimento no projeto de forma a otimizar a sua atuação no processo educativo dirigido à pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço sob quimiorradioterapia. Foi prestada assessoria à equipa, esclarecendo dúvidas sobre a temática e sobre a análise e preenchimento dos instrumentos criados, que se encontram em fase de pré-teste, rentabilizando o tempo de estágio para colher contributos para o melhorar, uma vez que houve concordância do enfermeiro chefe.

Foi ainda importante a articulação desenvolvida com outros profissionais de saúde, nomeadamente com a equipa de enfermagem de Consulta de Radioterapia e de Oncologia Médica, para resolução dos problemas identificados na continuidade dos cuidados.

Pretendeu-se, assim, ter um papel ativo na gestão dos cuidados prestados pela equipa, de forma a garantir a segurança e a qualidade destes, promovendo a articulação entre os vários elementos para alcançar os objetivos propostos (OE, 2010).

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, considera-se que o percurso de aprendizagem foi baseado nas análises reflexivas sobre as práticas e na mais recente evidência científica acerca da temática, que deu suporte ao desenvolvimento do projeto de intervenção, promoveu tomadas de decisão seguras e contribuiu para o processo de autoconhecimento.

A implementação do projeto de intervenção clínica contemplou a realização de sessões de formação no âmbito dos cuidados prestados à pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço sob quimiorradioterapia, promovendo a formação contínua da equipa de enfermagem, sendo esta definida como dever do enfermeiro. Esta consta no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, no artigo 88.º alínea c) pela OE (2012, p. 79), reconhecendo o dever de procurar manter a excelência do exercício profissional e, nesse sentido, “manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas”.

4.1.2. Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, em pessoa em situação crónica e paliativa, as competências preconizadas pela European Oncology Nursing Society e as competências do 2º ciclo previstas para obtenção de Grau de Mestre

A Ordem dos Enfermeiros (2010, p.3) definiu como competências específicas aquelas que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas.

Devido ao percurso se inserir no domínio do Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura de especialização em enfermagem, vertente oncológica, optou-se por destacar e analisar as competências do 2º ciclo para obtenção do Grau de Mestre (Decreto-Lei n.º 115 / 2013, p. 4761), as específicas de enfermeiro especialista em pessoa em situação crónica e paliativa e ainda as competências preconizadas pela EONS (EONS, 2013).

Os estágios realizados permitiram a prestação de cuidados a pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, aos seus cuidadores e familiares,

promovendo a sua adaptação ao tratamento proposto, quer em contexto de internamento, quer de ambulatório. Estes cuidados de enfermagem permitiram, através do estabelecimento de uma relação terapêutica entre os doentes e prestadores de cuidados, promover a capacitação para o autocuidado, maximizando o bem-estar e satisfação do doente, conforme preconizado por Orem (2001). Contudo, para promover a capacitação para o autocuidado do doente e cuidador, foi imprescindível identificar as suas necessidades. Estas foram possíveis de identificar com a colaboração dos diferentes membros da equipa multidisciplinar na prestação de cuidados e também através da descrição e análise dos cuidados prestados e do estudo de caso.

Em relação à promoção de intervenções junto de pessoas com doença crónica, cuidadores e seus familiares, considera-se que foram implementadas, nos locais de estágio, segundo intervenções promotoras da capacitação para o autocuidado, baseadas na evidência científica e em parceria com o doente e prestadores de cuidados, de acordo com os objetivos definidos. Com base nas experiências e reflexões foi possível desenvolver competências de autoconhecimento e análise crítica que permitam uma melhor intervenção junto da pessoa e família.

Para aplicar estratégias que apoiam os membros da equipa de saúde envolvidos na prestação de cuidados às diversas necessidades do indivíduo com doença crónica, seus cuidadores e familiares, foram desenvolvidos instrumentos de suporte à equipa de enfermagem e ainda foi promovida a articulação com as diversas equipas multidisciplinares. Estas medidas foram facilitadas pelo reconhecimento e validação do projeto de intervenção pela equipa de enfermagem.

Procurou-se desenvolver conhecimentos abrangentes sobre os efeitos colaterais de terapias contra a doença oncológica, através da evidência científica e das guidelines internacionais de forma a darem suporte aos documentos elaborados para a implementação do projeto (EONS, 2013). Neste sentido, considera-se que o desenvolvimento de conhecimentos sobre os efeitos colaterais foi uma mais-valia pois permitiu mais facilmente ir ao encontro das necessidades educativas do doente, família/ cuidador.

De acordo com Benner (2001), o desenvolvimento de competências do enfermeiro desenvolve-se por diferentes estádios e a sua evolução potencia a intervenção qualificada do mesmo. Ao analisar este percurso de desenvolvimento de

competências foi possível passar do estágio competente, que se caracteriza por um enfermeiro que começa a aperceber-se dos seus atos em termos objetivos, para o estágio proficiente, que reconhece as situações como uma globalidade e não em termos isolados, que aprende pela experiência e guia a sua prática por máximas (Benner, 2001).

O desenvolvimento das competências referidas permitiu melhorar a prática profissional, na prestação de cuidados à pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço e cuidador com vista à capacitação para o autocuidado, bem como, conceber instrumentos promotores da melhoria dos cuidados prestados pela equipa de enfermagem, uniformizando a sua atuação. Por outro lado, contribuiu para ampliar e fortificar os conhecimentos existentes recorrendo a uma prática baseada na evidência, utilizando como suporte o conhecimento científico disponível e a análise reflexiva das experiências vividas nos diversos contextos de estágio.

4.2. Questões Éticas

Procurando alcançar a excelência do exercício profissional, de acordo com o artigo 88º do Código Deontológico do Enfermeiro (CDE) o enfermeiro deve “analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam uma mudança de atitude” (OE, 2005, p.133). Este foi o ponto de partida para dar início à construção do projeto e para alcançar este objetivo procurou-se atualização a nível do conhecimento científico para melhorar a qualidade de cuidados de enfermagem com intervenções adequadas às necessidades do doente e família ou cuidador principal, que se encontra espelhado no artigo 76º do CDE ao defender que se deve “exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos (...) adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos serviços de enfermagem” (OE, 2005, p.35).

Para desenvolver o projeto, foi solicitado a autorização da Direção e Chefias de Enfermagem dando a conhecer aos enfermeiros de cada local de estágio os objetivos do mesmo.

De acordo com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE, 2011, p.10), no seu artigo 8º, nº1, os enfermeiros no “exercício das suas funções, deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos

direitos e interesses, legalmente protegidos, dos cidadãos”. E, ainda, no decorrer deste processo os enfermeiros têm a obrigação de salvaguardar os direitos humanos, de acordo com os princípios da ética, devendo assegurar que os doentes recebam informação adequada (ICN, 2006, p.2). Neste sentido, procurou-se ter sempre presente o dever da humanização dos cuidados, prestando “atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade”, e trabalhando em articulação com os restantes profissionais (OE, 2005).

Indo ao encontro do acima referido e segundo o previsto no artigo 84º do CDE (OE, 2005) acerca do respeito pelo dever de informação, houve o cuidado de solicitar o consentimento do doente e família para a prestação de cuidados expondo os objetivos dos mesmos.

No decorrer deste percurso surgiu a oportunidade de observar e prestar cuidados de enfermagem, realizando ao longo dos estágios anotações das necessidades das pessoas e das intervenções de enfermagem assentes no respeito pela confidencialidade das informações e dos cuidados prestados, tendo em particular atenção a questão do segredo profissional de acordo com o CDE (OE, 2005). Deste modo, procedeu-se apenas à recolha da informação absolutamente necessária para a aquisição de competências e elaboração de um plano estruturado do processo educativo, tendo presente a importância de manter segundo o artigo 85º alínea d), “o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações e ensino” (OE, 2005, p.117).

Em suma, considera-se que a prática referida foi orientada pelos princípios da ética e deontologia, cumprindo as normas deontológicas e as leis que regem a profissão de enfermagem.

4.3. Pontos fortes e pontos fracos

Ao analisar este percurso, foram encontrados elementos facilitadores e também algumas situações complexas e imprevistas que, de certa forma, contribuíram para o desenvolvimento do projeto de intervenção.

Dos pontos fortes encontrados no percurso destaca-se a possibilidade de participar nas dinâmicas de cuidados dos diferentes contextos de estágio. Esta oportunidade permitiu conhecer as práticas de cuidados e os recursos materiais

utilizados, alguns dos quais passíveis de serem adotados pelo serviço onde desempenho funções, apesar de alguns deles não estarem diretamente relacionados com a área de intervenção, como foi o caso, dos documentos existentes no estágio C. Apesar dos contextos distintos, os recursos existentes possuíam uma estrutura possível de adaptar ao contexto do referido serviço e que se revelaram bastante importantes na criação dos instrumentos desenvolvidos.

Destaca-se em particular a oportunidade e abertura da equipa de enfermagem do estágio B, para trabalhar em colaboração e complementaridade com o serviço onde exerço funções, com vista a estabelecer uma articulação estreita entre as duas equipas para a segurança na continuidade de cuidados à pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço, tendo como preocupação a uniformização das intervenções educativas com recurso a uma linguagem comum.

A disponibilidade e interesse da equipa de enfermagem do estágio D, local onde exerço funções, em se envolver neste projeto em concreto, foi outro aspeto a salientar como extremamente positivo para o seu crescimento, aperfeiçoamento e durabilidade.

Foi valorizado o contributo do enfermeiro chefe do serviço onde exerço funções, para a identificação deste projeto como um projeto comum, da equipa de enfermagem e do serviço, ao pretender que seja incluído na organização institucional, através da solicitação da sua formalização junto da Direção de Enfermagem.

Como aspetos dificultadores, consideram-se as oportunidades reduzidas de acompanhar a pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço e, particularmente, sob quimiorradioterapia, no contexto de estágio de B. Esta situação decorreu do número diminuto de pessoas com doença oncológica de cabeça a pescoço a realizar tratamento oncológico durante o período de estágio. Estas teriam sido excelentes para melhor identificar as necessidades da população e consequentemente treinar as intervenções educativas promotoras da capacitação para o autocuidado.

Um outro aspeto dificultador e sem possibilidade de ultrapassar é o período reduzido de internamento do doente, aproximando-se dos *timings* de um contexto de ambulatório, o que exigiu uma maior organização, rentabilização do tempo

disponível e uma forte aliança entre as equipas de enfermagem da instituição para a segurança do processo educativo e para uma eficaz continuidade dos cuidados.

Consideram-se também dificultadores os limites temporais do estágio para o desenvolvimento deste projeto de intervenção, não tendo sido possível nesse período a implementação e treino dos instrumentos educativos criados, pelo que foi feito à *posteriori*. Após o término do estágio foi dada continuidade ao projeto de intervenção, tendo-se procedido à apresentação dos documentos à equipa de enfermagem de forma a encontrar-se disponível, quer em papel, quer em suporte informático, como documento de trabalho e, para além disso, foi continuada a fase de pré-teste por elementos da equipa de enfermagem para posteriormente alargar a toda a equipa.

4.4. Contributos do projeto para a melhoria da qualidade dos cuidados

A implementação de sistemas de qualidade é assumida como uma ação emergente e prioritária nos dias de hoje, quer por instâncias internacionais como é o caso da Organização Mundial da Saúde e o Conselho Internacional de Enfermeiros, quer por organizações nacionais como o Conselho Nacional da Qualidade (OE, 2002).

A Direção-Geral da Saúde (DGS) considera a Qualidade em Saúde como um dos quatro eixos estratégicos do Plano Nacional de Saúde - revisão e extensão a 2020 e preconiza a implementação e desenvolvimento de estratégias de garantia de qualidade. Neste sentido, apela à iniciativa dos profissionais que as devem associar aos planos de desenvolvimento profissional e das instituições e, para além disso, refere que “obter-se-ão mais facilmente ganhos em saúde se existir melhor adequação entre as necessidades de saúde e as respostas dos serviços e se existir melhor relação entre os recursos existentes e resultados obtidos” (DGS, 2015, p. 15).

O papel das instituições na qualidade dos cuidados de enfermagem é, desta forma, determinante para adequar recursos, criar estruturas, definir os objetivos do serviço a prestar, delinear estratégias e criar um ambiente favorável à sua implementação e consolidação, favorecendo o desenvolvimento profissional dos enfermeiros, em prol da qualidade (OE, 2002).

De acordo com o acima referido, a Ordem dos Enfermeiros tem vindo a definir estratégias de melhoria contínua da qualidade, afirmando que o exercício profissional dos enfermeiros não pode ser “ negligenciado ou deixado invisível, nos esforços para obter qualidade em saúde” (OE, 2002, p.6). E, neste seguimento, definiu seis enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional: a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional e a organização dos cuidados de enfermagem (OE, 2002).

Tendo em conta o contexto do projeto de intervenção, atendeu-se a alguns aspetos considerados fundamentais pela OE (2013) para a excelência do exercício do enfermeiro especialista em pessoa em situação crónica e paliativa. Para tal procurou-se o estabelecimento de parcerias com o doente e família onde se informa, explica e envolve no processo de tomada de decisões e no processo de cuidados, promovendo a otimização das capacidades do doente e dos conviventes significativos para uma adequada gestão do regime terapêutico. Foi tido em conta, também, o cuidado global da pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço, não descurando a importância do ensino, instrução e treino do doente e cuidadores sobre a adaptação individual requerida, maximizando a sua autonomia e *empowerment*. Foi importante ainda a referenciação das situações problemáticas identificadas para uso de outros profissionais.

Outros aspetos considerados de relevo foram o rigor técnico/científico na implementação das intervenções e a organização dos cuidados através da elaboração de um guia de boas práticas, da formação da equipa e de sistemas de registo de enfermagem.

De acordo com os aspetos referidos, procurou-se incutir aos profissionais o autocuidado como meta no cuidar das pessoas, procurando a satisfação dos mesmos na promoção de medidas de autocuidado para os doentes e famílias com recurso à sessão de sensibilização à temática, contribuindo para fomentar a reflexão e discussão em equipa. Foi, ainda, elaborado um guia orientador do processo educativo na capacitação para o autocuidado da pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço sob QRT, de forma a fomentar práticas baseadas na evidência científica mais recente promovendo segurança nas práticas do cuidar.

É através da simbiose de todos estes aspetos que se acredita que este projeto de intervenção, no âmbito da capacitação para o autocuidado da pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço sob QRT, poderá enquadrar-se num projeto para a melhoria da qualidade dos cuidados.

5. CONCLUSÃO E PERSPETIVAS FUTURAS

A realização do presente relatório demonstra a consolidação do longo percurso de aprendizagem, que proporcionou um contributo inegável no desenvolvimento de competências especializadas de Enfermagem Médico- Cirúrgica, na área de intervenção de enfermagem oncológica, bem como, no alcance dos objetivos inicialmente delineados.

Refletindo sobre o percurso realizado, torna-se evidente que a educação em cuidados de saúde é uma intervenção vital (Stonecypher, 2009) e, sem dúvida, os diversos locais de estágio permitiram um crescimento pessoal e profissional aprimorado para uma maior capacidade de dar resposta às questões que emergem da prática, particularmente, na prestação de cuidados à pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço com vista a promoção do autocuidado.

Ao ter em conta o autocuidado como um domínio sensível aos cuidados de enfermagem (Doran, 2011), foi considerada primordial a inclusão da Teoria do Défice do Autocuidado de Enfermagem de Dorothea Orem, para dar suporte à prática clínica e também para destacar as intervenções autónomas de enfermagem neste âmbito. Este contributo serviu para abrir caminho na melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

A realização dos diversos estágios selecionados teve também um contributo fundamental pela incorporação das aprendizagens adquiridas através da evidência científica encontrada e pela partilha de conhecimentos com os profissionais especializados presentes neste percurso que, sem dúvida, foram imprescindíveis e proporcionaram momentos únicos de reflexão sobre a prática. Para além disso, foram promotores da autonomia na tomada de decisão e da segurança da mesma, nomeadamente na identificação e intervenção sobre as necessidades das pessoas com doença oncológica de cabeça e pescoço, potenciando as suas capacidades de autocuidado.

Procurou-se melhorar a prática de cuidados, nomeadamente, ao centrar os cuidados de enfermagem na pessoa que é alvo dos mesmos, atuando de acordo com as suas vontades e desejos e indo ao encontro das suas necessidades. Esta prática de cuidados exprime um processo de enfermagem personalizado e ajustado à pessoa e cuidador, podendo assim traduzir-se em ganhos em saúde para a

pessoa, na medida em que o ensino personalizado contribui para a satisfação do doente e para um aumento de conhecimento sobre os tratamentos propostos podendo a longo prazo reduzir o número de complicações e reinternamentos associados. Por outro lado, foi aperfeiçoada a capacidade na procura do conhecimento atualizado, com recurso à melhor evidência, de forma a dar suporte à prática de cuidados.

O relatório representa o culminar de uma etapa, contudo representa um ponto de partida para o contínuo aperfeiçoamento do projeto desenvolvido, bem como, para o desenrolar de novos projetos.

As perspetivas futuras a curto prazo passam por uma continuidade e consolidação do mesmo projeto. Pretende-se em conjunto com o Enfermeiro Chefe propor a parametrização informática do documento: *Checklist* do Processo Educativo da Pessoa com Doença Oncológica de Cabeça e Pescoço sob QRT, no Sistema Informático de Registos *SClínico* utilizado no serviço em questão de forma a personalizar os cuidados de enfermagem prestados e persistir na sua continuidade, dando-lhes visibilidade nos registos. E também a apresentação à direção de enfermagem da instituição, onde desempenha funções, do guia com recomendações sob o tratamento de QRT destinados aos doentes e família/ cuidador para aprovação e posterior implementação.

Projetando a continuidade do projeto, propõe-se a implementação inicial a um grupo de doentes sob QRT, com aplicação da *checklist* do processo educativo e entrega do guia com recomendações à pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço, com a participação dos elementos que compõem a equipa de enfermagem previamente familiarizados com os respetivos documentos.

No futuro pretende-se dar continuidade a este projeto de capacitação para o autocuidado, tendo como alvo as pessoas internadas para tratamento com as patologias oncológicas do foro digestivo, ginecológico, entre outras.

Finaliza-se o presente relatório, com a consciência que o percurso aqui explanado permitiu aprender, partilhar e perspetivar novos horizontes. Este não é um trabalho totalmente acabado, continuando a ser uma aprendizagem constante com vista a poder divulgar o projeto desenvolvido através de comunicações orais e escritas para a comunidade científica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, D. R. B. (2013). *O impacto da doença oncológica na família*. Faculdade de Filosofia de Braga. Universidade Católica Portuguesa. Monografia de Licenciatura. Braga.
- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). *Scoping studies*. Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8, 19-32, doi: org/10.1080/1364557032000119616.
- Armstrong, R., Hall, B., Doyle, J., & Waters, E. (2011). Cochrane update 'scoping the scope' of a cochrane review. *Journal of Public Health*, 33, 147–150. doi:10.1093/pubmed/fdr015.
- Balusik, B. (2014). Management of dysphagia in patients with head and neck cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 18(2), doi: 10.1188/14.CJON.149-150.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito. Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Carvalho, J. & Cristão, A. (2012). O valor dos cuidados de enfermagem: a consulta de enfermagem no homem submetido a prostatectomia radical. *Revista de Enfermagem Referência*. 7. 103-112.
- Dalby, C., Nesbitt, M., Frechette, C., Kennerley, K., Lacoursiere, L., Buswell, L. (2013). Standardization of initial chemotherapy teaching to improve care. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 17(5), 472-475. doi: 10.1188/13.CJON.472-475.
- Decreto-Lei n.º 115 / 2013 de 7 de Agosto (2013). Procede à terceira alteração ao Decreto-lei n.º 74/2006, de 24 de março, que aprova o regime jurídico dos graus académicos e diplomas do ensino superior, em desenvolvimento do disposto nos

artigos 11.º a 17.º da Lei n.º 46/86, de 14 de outubro (Lei de Bases do Sistema Educativo). *Diário da República I Série*, Nº 151 (07-08-2013) 4749-4772.

Direção Geral da Saúde (2015). *Plano nacional de saúde 2012-2016. Revisão e extensão a 2020*. DGS, 1-38. Acedido a 10/06/2016. Disponível em: <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdnacloud.com/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>.

Doran, D., & Pringle, D. (2011). *Patient outcomes as an accountability. Nursing outcomes*. State of the scienc.Toronto: Jones & Bartlett Learning.

European Oncology Nursing Society (2013). *Cancer nursing curriculum 2013*. Bruxelas: EONS. Acedido a 20/06/2016: Disponível em: <http://www.cancernurse.eu/documents/EONSCancerNursingCurriculum2013.pdf>.

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (2014). Regulamento de Mestrado. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Acedido a 20/06/2016. Disponível em: http://www.esel.pt/NR/rdonlyres/63B35190-FD5E-4BCF-BF43-D08B1210D1DF/4612/reg_mest_02_2014.pdf.

Escoval, A., Santos, A., Sousa, R. & Moreira, S. (2014). *Pensar a saúde. Acesso do cidadão à inovação terapêutica- oncologia*. Acedido a 24/10/2016. Disponível em: http://www.inovarnasaude.pt/wpcontent/uploads/2014/12/relatorio_inovarsaude_2014_v2.pdf.

Fee-Schroeder, K., Howell, L., Kokal, J., Bjornsen, S., Christensen, S., Hathaway, J., Judy, D., Vickers, K. (2013). Empowering individuals to self-manage chemotherapy side effects. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 17(4), 369-371. doi: 10.1188/13.CJON.369-371.

- Ferreira, P. L.; Mendes, A. P., Fernandes, I. R., Ferreira; R. R. (2011). Tradução e validação para a língua portuguesa do questionário de planeamento da alta (PREPARED). *Revista de Enfermagem. Referência*, III Série (5), 121-133.
- Gonçalves, G.; Guterres, J.; Novais, S. (2010). A vivência da transição numa pessoa laringectomizada. *Onco.News - Investigação e Informação em Enfermagem Oncológica*, 14, 7-17.
- Henderson, V. (2007). Princípios básicos dos cuidados de enfermagem do CIE. Loures: Lusodidacta.
- Instituto Nacional de Estatística (2015). *Estatísticas de saúde 2013*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- International Council of Nurses (2006). *The ICN code of ethics for nurses*. Geneva. Acedido a 15/06/2016. Disponível em: http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_english.pdf.
- Justo, J. M. (2014). Uma perspetiva psicológica sobre as doenças oncológicas. In Dias, M. R. & Durá, E. (Coordenação). *Territórios da Psicologia Oncológica* (2ª ed.) (pp. 25-47). Lisboa: Climepsi Editores.
- Lambertz, C., Gruell, J., Robenstein, V., Mueller-Funaiole, V., Cummings, K., Knapp, V. (2010). NO STOPS. Reducing treatment breaks during chemoradiation for head and neck cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 14(5), 585-593. doi: 10.1188/10.CJON.585-593.
- Maciel, C. T. V.; Leite, I. C. G. & Soares, T. V. (2010). Câncer da laringe. Um olhar sobre a qualidade de vida. *Revista Interdisciplinar de Estudos Experimentais*, 2 (4), 126 – 134.

- Mannix,C., Bartholomay,M., Doherty,C., Lewis,M., Bilodeau, M.(2012). A feasibility study of low-cost, self-administered skin care interventions in patients with head and neck cancer receiving chemoradiation. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 16(3), doi: 10.1188/12.CJON.278-285.
- Matos, P., Pereira, G. P. (2005). Áreas de intervenção na doença oncológica. In Pereira, M. G., Lopes, C. *O doente oncológico e a sua família*. (2ª ed.) (pp. 15-25). Lisboa: Climepsi Editores.
- Miguel, S; Gudiño, M.; Silva, A. (2014). Impacto do cancro de cabeça e pescoço na qualidade de vida. *Onco.News - Investigação e Informação em Enfermagem Oncológica*, 25, 23 – 30.
- Ministério da Saúde (2007). *Plano nacional de prevenção e controlo das doenças oncológicas 2007-2010*. Acedido a 10/06/2016. Disponível em: http://www.epaac.eu/from_heidi_wiki/Portugal_National_Cancer_Control_Plan_2007_Portuguese.pdf.
- Neuss, M. N., Gilmore, T. R., Belderson, K.M., Billett, A.L., Conti-Kalchik, T., Harvey, B.E.,...Hendricks, C. (2016). Updated American Society of Clinical Oncology/Oncology Nursing Society chemotherapy administration safety standards, including standards for pediatric oncology. *Journal of Oncology Practice*, 12(12), 1262-1271. doi: 10.1200/JOP.2016.017905.
- Ordem dos Enfermeiros (2002). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Enquadramento conceptual, enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2005). *Código deontológico do enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2007). *Recomendações para a elaboração de guias orientadores da boa prática de cuidados*. Acedido a 11/01/2017. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/Recomend_Manuais_BPraticas.pdf.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Acedido a 20/06/2016. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf.

Ordem dos Enfermeiros (2011a). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2011b). *REPE e estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2013). *Proposta de regulamento dos padrões de qualidade da especialidade de enfermagem em pessoas em situação crónica e paliativa*. Acedido a 20/06/2016. Disponível em: http://www.apcp.com.pt/uploads/oe_propostaregulamentopqcee_pscpaliativaaprovado-net.pdf.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia profissional de enfermagem*. Acedido a 05/02/2017. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroCJ_Deontologia_2015_Web.pdf.

Orem, D. (2001). *Nursing. Concepts of Practice* (6ª ed.). Mosby: St. Louis.

Otto, S. (2000). *Enfermagem em Oncologia*. (3ª ed.). Loures: Lusociência.

- Pedersen, B., Koktved, D.P., Nielson, L.L. (2012). Living with side effects from cancer treatment. A challenge to target information. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 715-723. doi: 10.1111/j.1471-6712.2012.01085.x.
- Pereira, M.G. & Lopes, C. (2005). *O doente oncológico e a sua família* (2ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Petronilho, F. (2012). *Autocuidado. Conceito central da enfermagem*. Coimbra: Formasau.
- Phaneuf, M. (2001). *Planificação de cuidados. Um sistema integrado e personalizado*. Coimbra: Quarteto.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Pisani, P, Bray, F, Parkin, M. (2002). Estimates of the worldwide prevalence of cancer for 25 cancers in the adult population. *International Journal of Cancer*, 97, 72 – 81. Acedido em: 22-11-2016. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijc.1571/pdf>.
- Portaria nº 306-A/2011 de 20 de Dezembro (2011). Aprova os valores das taxas moderadoras do Serviço Nacional de Saúde, bem como as respectivas regras de apuramento e cobrança. *Diário da República I Série*, Nº 242 (20-12-2011), 5348-(2)-5348-(4).
- Portz, D., Johnston, M. (2014). Implementation of an evidence-based education practice change for patients with cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 18 (5), 36-40. doi: 10.1188/14.CJON.S2.36-40.

- Ream, E. (2000). Information and education for patients and families. In Kearney, N., Richardson, A., Giulio, P. D. (Eds.). *Cancer Nursing Practice* (pp. 135-157). Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Ruivo, M. A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projecto: Coletânea Descritiva de Etapas. *Percursos*, 15, 1–37. doi:ISSN 1646-5067
- Santiago, N. (2006). Patologia da cabeça e do pescoço. In Pereira, C. A. & Henriques, J. *Cirurgia patologia e clínica* (2ª ed.). Espanha: McGraw-Hill.
- Santos, J. (2011). *Otimização das ostomias de ventilação. Um guia para os profissionais de saúde que cuidam de pessoas portadoras de traqueostomia*. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.
- Silva, S. A., Dias, V. L. S. M. (2007). Ensinar o doente a lidar com a toxicidade hematológica no pós-quimioterapia: definição de guideline. *Onco.News*, 1 (1), 11-17.
- Sobecki-Ryniak, D., Krouse, H.(2013). Head and neck cancer. Historical evolution of treatment and patient self-care requirements. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 17(6), 659-663. doi: 10.1188/13.CJON.659-663.
- Stonecypher, K. (2009). Creating a patient education tool. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 40 (10), 462-467.
- Williams, D., Williams, K., LaFaver-Roling, S., Johnson, R., Williams, A. (2011). An intervention to manage patient-reported symptoms during cancer treatment. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 15(3), 253-258. doi: 10.1188/11.CJON.253-258.
- Wilson, F., Mood, D., Nordstrom, C.K. (2013). The influence of easy-to-read pamphlets about self-care management of radiation side effects on patients'

knowledge. *Oncology Nursing Forum*, 37(6), 774-781. doi: 10.1188/10.ONF.774-781.

World Health Organization (2002a). *National cancer control programs. Policies and managerial guidelines*. Geneva:WHO.

World Health Organization (2002b). *Innovative care for chronic conditions. Building blocks for action*. Geneva: WHO.

World Health Organization (2003). *Adherence to long-term therapies. Evidence for action*. Acedido a 14/11/2016. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241545992.pdf>.

World Health Organization (2004). *Standards for health promotion in hospitals*. Copenhagen: WHO

ANEXOS

Anexo I – Registo da avaliação do estágio com relatório

REGISTO DA AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Local de Estágio _____

A Selma conseguiu, dentro do pouco tempo que esteve no Serviço _____, desenvolver competências de enfermeira especialista ao nível das intervenções educativas na capacitação para o autocuidado da pessoa cirúrgica com doença oncológica de cabeça e pescoço, ajudando a melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados a essa pessoa. Foi responsável pela monitorização da sua aprendizagem e pela evolução do seu perfil de competências. Ao longo do estágio conseguiu identificar as necessidades educativas da pessoa cirúrgica com doença oncológica de cabeça e pescoço e as intervenções educativas de enfermagem ao nível da capacitação para o autocuidado dessa mesma pessoa. Integrou-se na equipa do serviço e interiorizou a sua filosofia assistencial, os objetivos, os programas e projetos existentes. Procurou ativamente, junto da enfermeira orientadora e dos demais técnicos do serviço, auxílios para as aprendizagens a realizar no estágio. Discutiu as opções assistenciais do serviço em matéria de meios e recursos, e a sua adequação enquanto resposta às necessidades das pessoas. Tomou em consideração princípios éticos da profissão e o Código Deontológico do Enfermeiro durante a sua prática de estágio. Realizou ou propôs ações necessárias, sem ser forçada pelos acontecimentos ou antes de ser solicitada por alguém. Manifestou ainda perceber as preocupações, os interesses e os estados emotivos dos outros, compreendendo os indícios subtis dos seus comportamentos/discursos, revelando disponibilidade para atender aos seus problemas e solucionar-los. Por tudo o que foi referido tem uma avaliação qualitativa de Muito Bom neste campo de estágio.

Data: _____ Orientador: _____
4/11/16 Estudante (tomei conhecimento): _____ Docente: _____

Local de Estágio _____

Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica:
A Farmacêutica Selma Radolinska com Salvo os defeitos a que se propôs neste campo de estágio demonstrou domínio dos conceitos básicos bem como de sua aplicabilidade no prestação de cuidados. Elaborou com a equipe mostrando grande capacidade de trabalho em equipe e espírito de integração. Junto dos docentes teve uma atitude amigável e facultativa do auto-cuidado, deixando de o dirigir para a informação necessária e fornecendo orientações que auxiliou a prevenção dos efeitos secundários. Demonstrou domínio nas atividades docentes de CIP mas também de outras especialidades das medicações não limitando a sua ação e por isso de outros de - Contribuiu com a sua experiência na área da patologia renal acrescentando a equipe da Radolinska com conhecimentos mais aprofundados bem como dos métodos utilizados na administração dos medicamentos. Assim obtendo a avaliação de muito bom neste campo de estágio.

Docente:



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA
CURSO DE MESTRADO E PÓS-LICENCIATURA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-
CIRÚRGICA

AREA ESPECÍFICA DE INTERVENÇÃO: ENFERMAGEM ONCOLÓGICA

REGISTO DA AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Local de Estágio: \

Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica:

A estudante durante o estágio participou nas intervenções que visam a continuidade dos cuidados pós alta e a utilização apropriada dos recursos, de forma a minimizar o risco de readmissões hospitalares no utente oncológico, com ênfase numa informação cuidada, esclarecedora, envolvendo o utente e o cuidador num programa de co-responsabilidade, demonstração e treino.

Promoveu a articulação entre os Cuidados de Saúde Diferenciados e os Cuidados de Saúde Primários/Sistemas Locais e participou nas consultas de follow-up telefónicas.

Mostrou sempre iniciativa e vontade de adquirir competências que lhe permitam prestar cuidados de enfermagem especializados ao utente portador de doença oncológica, assim como ao seu cuidador.

Data:

Orientador:

Estudante (tomei conhecimento)

Orientador:

Docente:



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA
CURSO DE MESTRADO E PÓS-LICENCIATURA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA
ÁREA ESPECÍFICA DE INTERVENÇÃO: ENFERMAGEM ONCOLÓGICA

REGISTO DA AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Local de Estágio :

Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica:

A Sr.^a Enfermeira Selma Machado, realizou estágio no Serviço [REDACTED], apresentou um desempenho muito satisfatório, tendo em consideração o seu perfil caracterizado essencialmente pelo empenho que impõe às actividades que realiza, bem como o dinamismo, a proactividade e o sentido de organização subjacente, associado à capacidade de estabelecer relações interpessoais com o Cliente e restante Equipa multidisciplinar.

No entanto anseia-se o término da actividade académica para que sejam evidenciadas e operacionalizadas as competências adquiridas.

Data: _____ Orientador: _____ Orientador: _____
Estudante (tomei conhecimento) _____ Docente: _____

APÊNDICES

Apêndice I – Grelha de registo do contexto de estágio A

Necessidades de autocuidado: Respiração Alterada			
	Pré-operatório	Pós-operatório	Dia da Alta
Ensino	<ul style="list-style-type: none"> - Explicar as alterações decorrentes de uma traqueotomia ou traqueostomia cirúrgica e quais as implicações no pós-operatório imediato: • A função respiratória passa a ser realizada através de uma abertura artificial construída na traqueia para permitir a ventilação; • Alteração na função respiratória: por perda do aquecimento, humidificação e filtragem do ar inspirado; • Eliminação de secreções pela ostomia no pescoço; • Desaparecimento ou alteração da vocalização; • Possível perda de olfato e de parte da sensação gustativa. 	<ul style="list-style-type: none"> – Ensinar a pessoa/cuidador sobre: <ul style="list-style-type: none"> • Técnicas de relaxamento/exercícios de controlo respiratório; • A tossir eficazmente; • A limpar as secreções. – Instruir a pessoa/cuidador sobre: <ul style="list-style-type: none"> • Modo de preparação do material; • Modo de remoção da cânula interna (no caso de traqueostomia também a cânula externa); • Como proceder à limpeza do estoma e pele circundante; • Como proceder à inserção da cânula. – Treinar a pessoa/cuidador sobre: <ul style="list-style-type: none"> • Como proceder à inserção da cânula; • Como proceder à substituição e fixação do fio de nastro e penso traqueal. 	<ul style="list-style-type: none"> - Informar a pessoa/cuidador sobre: <ul style="list-style-type: none"> • A limpeza e manutenção do material no domicílio; • Atividade física: evitar atividades que exijam grandes esforços e os desportos aquáticos que estão contra-indicados; • Possíveis complicações: descanulação accidental, obstrução parcial da cânula, infeção respiratória, infeção do estoma/pele circundante, hemorragia ou traumatismo; • Disponibilizar os contactos da instituição em caso de necessidade ou urgência. - Perante situações que suscitem dúvidas ou que existe necessidade de aconselhamento indicar à pessoa/cuidador que deve contactar o enfermeiro da consulta ou o enfermeiro da comunidade para esclarecimento de dúvidas não urgentes e no caso de urgência recorrer ao hospital de residência ou ao serviço de atendimento não programado da instituição.

Necessidades de autocuidado: Respiração Alterada			
	Pré-operatório	Pós-operatório	Dia da Alta
Avaliação	<p>- Avaliar a compreensão da informação fornecida à pessoa/ cuidador sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alterações decorrentes de uma traqueotomia ou traqueostomia cirúrgica; • Implicações de uma traqueotomia ou traqueostomia cirúrgica nos pós- operatório imediato. <p>Adquirido___</p> <p>Não adquirido___</p> <p>Necessita de Reforço___</p>	<p>- Avaliar as capacidades sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • O conhecimento da pessoa/cuidador sobre exercícios de controlo respiratório/ técnicas de relaxamento; • O conhecimento da pessoa/cuidador sobre como tossir eficazmente e limpar as secreções; • O conhecimento da pessoa/cuidador sobre o material necessário para os cuidados traqueais; • Destreza da pessoa/cuidador na remoção da cânula interna e externa; • Destreza da pessoa/cuidador na limpeza do estoma, pele circundante e cânula interna e externa; • Destreza da pessoa/cuidador na inserção e fixação da cânula e penso traqueal; <p>Adquirido___ Não adquirido___ Necessita de Reforço___</p>	<p>- Avaliar a compreensão da informação fornecida à pessoa/cuidador sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recursos materiais e humanos institucionais e comunitários; • Possíveis complicações; • Atividades contra indicadas.
Estratégias			
	<p>- Fornecer brochura existente no serviço;</p> <p>- Adequar a linguagem;</p> <p>- Demonstrar disponibilidade para esclarecimento de dúvidas;</p> <p>- Adequar o espaço físico;</p> <p>- Dar reforço positivo.</p>		

Necessidades de autocuidado: Autocuidado: Beber e Comer			
	Pré-operatório	Pós-operatório	Dia da Alta
Ensino	<ul style="list-style-type: none"> - Explicar à pessoa/cuidador a necessidade de ser alimentada por sonda de alimentação durante o processo de cicatrização; - Explicar o que é uma Sonda Nasogástrica, Gastrostomia Percutânea Endoscópica ou Gastrostomia Cirúrgica e para que serve 	<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar a pessoa/cuidador sobre: <ul style="list-style-type: none"> • As características do estoma (PEG ou Gastrostomia Cirúrgica); • O tipo de dieta adequado; • Qual o material necessário para a alimentação por SNG/ PEG ou Gastrostomia Cirúrgica; • Como se alimentar por SNG/PEG ou Gastrostomia Cirúrgica. - Instruir a pessoa/cuidador sobre: <ul style="list-style-type: none"> • Modo de preparação do material; • Como proceder à limpeza do estoma ou pele circundante (PEG ou gastrostomia cirúrgica); • Como proceder à fixação da SNG; • A posição adequada a adotar durante a administração da dieta; - Treinar a pessoa/ cuidador sobre: <ul style="list-style-type: none"> • Limpeza do estoma ou pele circundante (PEG ou gastrostomia cirúrgica); • Vigiar a estase gástrica; • A clampar e desclampar a sonda; • A aspirar a dieta para a seringa; • A administrar a dieta e água. 	<ul style="list-style-type: none"> - Informar a pessoa/cuidador sobre: <ul style="list-style-type: none"> • O tipo de dieta adequado em conjunto com a dietista; • Possíveis Complicações (Vómitos persistentes, exteriorização acidental da SNG/ PEG/ Gastrostomia Cirúrgica); • Cuidados com as sondas de alimentação; - Disponibilizar os contactos da instituição em caso de necessidade ou urgência.

Necessidades de autocuidado: Autocuidado: Beber e Comer			
	Pré-operatório	Pós-operatório	Dia da Alta
Avaliação	<p>- Avaliar o compreensão da informação fornecida à pessoa/ cuidador sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A alimentação ser efetuada por sonda de alimentação durante o processo de cicatrização. • O que é SNG/PEG ou Gastrostomia Cirúrgica. <p>Adquirido___</p> <p>Não adquirido___</p> <p>Necessita de Reforço___</p>	<p>- Avaliar as capacidades sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • O conhecimento da pessoa/cuidador sobre as características do estoma, a limpeza do estoma e pele circundante; sobre o material necessário para a alimentação e sobre como se alimentar por SNG/PEG/Gastrostomia Cirúrgica; • Destreza da pessoa/cuidador no manuseamento da seringa de alimentação; • Destreza da pessoa/cuidador na limpeza do estoma e pele circundante; • Destreza da pessoa/cuidador na fixação da SNG; <p>Adquirido___</p> <p>Não adquirido___</p> <p>Necessita de Reforço___</p>	<p>- Avaliar a compreensão da informação fornecida à pessoa/cuidador sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recursos materiais e humanos institucionais e comunitários; • O tipo de dieta; • Cuidados com sondas de alimentação; • Possíveis complicações.
Estratégias			
<div> <div> <p>- Fornecer brochura existente no serviço;</p> <p>- Adequar a linguagem;</p> <p>- Demonstrar disponibilidade para esclarecimento de dúvidas;</p> </div> <div> <p>- Adequar o espaço físico;</p> <p>- Dar reforço positivo.</p> </div> </div>			

Necessidades de autocuidado: Higiene/ Proteger os tegumentos			
	Pré-operatório	Pós-operatório	Dia da Alta
Ensino	<p>- Explicar à pessoa/ cuidador a importância de realizar uma higiene oral rigorosa (num mínimo 3x dia, após as principais refeições) apesar de não ser alimentada por esta via, na prevenção de infeções da mucosa oral.</p>	<p>- Ensinar a pessoa/cuidador sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • As etapas envolvidas na higiene oral; • Material necessário à higiene oral; • A frequência diária recomendada. <p>- Instruir a pessoa/cuidador sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Modo de preparação do material; • Como proceder à limpeza oral; • Recorrer ao espelho para observar a mucosa oral. <p>- Treinar a pessoa/cuidador sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Remover a saliva/ secreções que ficam alojadas na mucosa oral; • Aplicar o colutório gengival sem álcool; • Aplicar gel bucal sem álcool com poder antisséptico e cicatrizante 3x dia. 	<p>– Reforçar à pessoa/cuidador a importância de manter os cuidados de higiene oral de acordo com o efetuado no período de internamento, até reavaliação em consulta de enfermagem de otorrinolaringologia. Para o efeito, deve recorrer à validação do ensino anteriormente realizado, colocando questões que determinem o seu conhecimento.</p>

Necessidades de autocuidado: Autocuidado: Beber e Comer			
	Pré-operatório	Pós-operatório	Dia da Alta
Avaliação	<p>- Avaliar a compreensão da informação fornecida à pessoa/cuidador sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> Higiene oral e a sua importância na prevenção de infecções da mucosa oral <p>Adquirido___</p> <p>Não adquirido___</p> <p>Necessita de Reforço___</p>	<p>- Avaliar a capacidades sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> O conhecimento da pessoa/cuidador sobre higiene oral; Destreza da pessoa/cuidador na limpeza da mucosa oral; Destreza da pessoa/cuidador na utilização do colutório gengival e gel bucal; Conhecimento da pessoa/cuidador na utilização do material e sua sequência lógica. <p>Adquirido___</p> <p>Não adquirido___</p> <p>Necessita de Reforço___</p>	<p>- Avaliar a compreensão da informação fornecida à pessoa/cuidador sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> Os cuidados orais a ter no domicílio.
	Estratégias		
	<p>- Fornecer brochura existente no serviço;</p> <p>- Adequar a linguagem;</p> <p>- Demonstrar disponibilidade para esclarecimento de dúvidas;</p> <p>- Adequar o espaço físico;</p> <p>- Dar reforço positivo.</p>		

Necessidades de autocuidado: Comunicação			
	Pré-operatório	Pós-operatório	Dia da Alta
Ensino	<ul style="list-style-type: none"> - Informar sobre as alterações de comunicação que irão ocorrer e formas de adaptação. - Explicar o porquê e como a comunicação ficará afetada; - Dar a conhecer a existência de outras formas de comunicar (ex: quadro de letras e palavras, o livro com símbolos e a escrita). 	<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar a pessoa/cuidador sobre: <ul style="list-style-type: none"> • Técnicas de comunicação não-verbal (ex: mímica facial, gestos,...); • Informar a pessoa/cuidador sobre o que é terapia da fala e a sua importância ao nível da reabilitação. - Instruir a pessoa/cuidador sobre: <ul style="list-style-type: none"> • Instrumentos facilitadores de comunicação (caderno e caneta, quadro com figuras/palavras/frases). - Treinar a pessoa/ cuidador sobre: <ul style="list-style-type: none"> • Como utilizar as diversas técnicas de comunicação; • Como utilizar os instrumentos de comunicação. 	<ul style="list-style-type: none"> - Informar a pessoa/cuidador acerca da possibilidade de acompanhamento pela terapeuta da fala para reabilitação vocal (ex: prótese traqueoesofágica; prótese electrónica, treino de voz esofágica).

Necessidades de autocuidado: Comunicação			
	Pré-operatório	Pós-operatório	Dia da Alta
Avaliação	<p>- Avaliar as capacidades sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> O conhecimento da pessoa/cuidador sobre as alterações de comunicação e as formas de adaptação através de recurso a diversos materiais (ex: quadro de letras e palavras, o livro com símbolos e a escrita). <p>Adquirido__</p> <p>Não adquirido__</p> <p>Necessita de Reforço__</p>	<p>- Avaliar as capacidades sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> Conseguir comunicar eficazmente com o outro. Destreza da pessoa/cuidador em utilizar os materiais disponíveis para comunicar eficazmente; <p>Adquirido__</p> <p>Não adquirido__</p> <p>Necessita de Reforço__</p>	<p>- Avaliar a compreensão da informação fornecida à pessoa/cuidador sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> Reabilitação vocal.
Estratégias			
<p>- Adequar a linguagem;</p> <p>- Demonstrar disponibilidade para esclarecimento de dúvidas;</p> <p>- Dar reforço positivo.</p> <p>- Incentivar sempre a pessoa na comunicação;</p> <p>- Promover o comportamento interativo da pessoa;</p> <p>- Promover o bem-estar da pessoa através de um ambiente calmo;</p>		<p>- Estar presente através da relação de ajuda;</p> <p>- Apoiar a pessoa no diálogo através da comunicação terapêutica e da prática de feedback;</p> <p>- Tranquilizar a pessoa/ prestador de cuidados através do diálogo e escuta ativa a fim de perceber quais as dúvidas que possam estar relacionadas com a situação clínica atual.</p>	

Apêndice II – Grelha de registo do contexto de estágio B

Situação Clínica	1	2	3	4	5	Total
Complicações Agudas						
Radiodermite	X	X	X	X	X	5
Radiomucosite	X	X	X	X	X	5
Xerostomia	X	X				2
Disgeusia		X			X	2
Infeção fúngica			X			1
Intervenções Educativas de Enfermagem						
Cuidados de higiene oral	X	X	X	X	X	5
Cuidados de higiene corporal	X	X	X	X	X	5
Cuidados alimentares	X	X		X	X	4
Cuidados sobre regime terapêutico	X	X	X			3
Cuidados sobre evitar perigos			X			1

Apêndice III – Estudo de caso



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
7º Curso de Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica
Vertente Oncológica

ESTUDO DE CASO

Autor:

Selma Cristina Oliveira Machado Nº 6769

Lisboa

Outubro de 2016



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
7º Curso de Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica
Vertente Oncológica

ESTUDO DE CASO

Autor:

Selma Cristina Oliveira Machado Nº 6769

Professor Orientador:

Profª. Eunice Sá

Lisboa,

Outubro de 2016

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	5
1. DADOS DEMOGRÁFICOS	6
1.1. Identificação da Pessoa.....	6
1.2. Apoios Familiares e Identificação da Pessoa Significativa	6
1.3. Enquadramento Socioeconómico	7
1.4. Condições Habitacionais.....	8
1.5. Apoio Comunitário	8
1.6. Experiências e Projetos de Vida	8
2. HISTÓRIA DE SAÚDE	9
2.1. Antecedentes pessoais e de saúde.....	9
2.2. Hábitos/Estilos de vida	9
2.3. História de doença atual.....	9
3. IMPACTO DA DOENÇA ONCOLÓGICA	12
3.1. Necessidades Humanas Básicas Fundamentais.....	12
4. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	17
CONCLUSÃO	20
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	21

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Genograma Familiar.....	7
-----------------------------------	---

INTRODUÇÃO

A realização do presente trabalho enquadra-se no âmbito da Unidade Curricular: Estágio com Relatório, inserida no plano curricular do segundo ano do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Vertente Oncológica.

Trata-se de um estudo de caso que surgiu em contexto de estágio hospitalar na área oncológica que decorreu no campo de estágio A.

Segundo Figueiredo, Damascena, Oliveira & Batista (2000, p.2),

o estudo de caso clínico fundamenta as ações de enfermagem; proporciona uma assistência individual personalizada, na qual o paciente é visto como um ser único e não como um conjunto de sinais e sintomas e proporciona um elo entre as diversas áreas que atuam de forma intervencionista nos problemas do paciente.

Neste seguimento, procurou-se através do estudo de caso fazer um levantamento e compreensão dos problemas e necessidades da pessoa e família e do contexto envolvente de forma a adquirir conhecimentos e estratégias de atuação com vista à planificação dos cuidados para a resolução dos problemas identificados.

Foi selecionado o caso do Senhor V, por considerar que a sua análise reflexiva pode trazer contributos na aquisição de conhecimentos teórico-práticos para o desenvolvimento de competências no âmbito do processo educativo da pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço.

Por questões de privacidade e respeito pela pessoa utiliza-se assim um nome fictício.

O impacto da doença oncológica foi objetivado através da avaliação das necessidades humanas fundamentais definidas por Virgínia Henderson, de forma a perceber as suas reais necessidades e indo ao seu encontro de forma individualizada e personalizada.

No desenvolvimento deste percurso a análise é fundamentada em modelos teóricos que por sua vez fundamentam a prática de enfermagem, dando especial ênfase ao modelo teórico de Dorothea Orem.

1. DADOS DEMOGRÁFICOS

1.1. Identificação da Pessoa

Nome: V. B.

Género: Masculino

Data de nascimento: 05/10/1955

Idade: 60

Naturalidade: Rússia

Local de residência: Portimão

Habilitações literárias: 4ª classe

Profissão: Trabalhou no ramo da construção civil

Nome pelo que gosta de ser tratada: O seu primeiro nome

Nacionalidade: Russa

Religião: Católico não praticante

Sistema de saúde: Serviço Nacional de Saúde

Contactos: 9*****

1.2. Apoios Familiares e Identificação da Pessoa Significativa

Ao longo do internamento, o Senhor V. teve o apoio muito presente da esposa, que assume ser a pessoa mais próxima e disponível para o acompanhar, afirmando este que a mesma assume um papel decisivo para a sua recuperação e manutenção do seu bem-estar físico, social e emocional.

Desde o primeiro dia de internamento contava com emoção algumas experiências de vida que compartilhou com a esposa, dizendo: “ são 20 anos de muito amor e companheirismo...” (sic).

Os filhos (de 35 e 37 anos), apesar da distância física, estabelecem o contacto telefónico diário, desempenhando um papel fundamental ao longo de todo o seu percurso de doença e hospitalização.

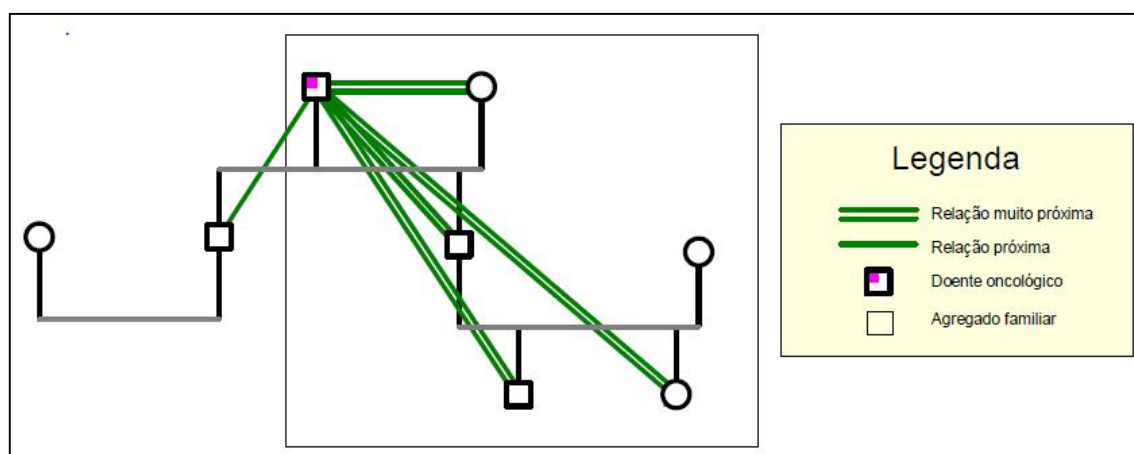
Os netos (de 6 e 9 anos) são considerados uma motivação extra para ultrapassar este processo de doença e tratamento referindo que “dos maiores

medos é não acompanhar o crescimento dos netos” (sic). Essa partilha foi expressa por um momento emotivo, acompanhado de lágrimas.

A existência de familiares a residir em Lisboa é reconhecida, pelo Senhor V. e esposa, como um “suporte” determinante neste período, permitindo que a esposa possa ficar a uma curta distância do hospital.

Reconhecem a família como coesa e unida, sentido um grande apoio por parte dos elementos que a constituem. De forma a melhor compreender a estrutura familiar e as suas relações é apresentado, de seguida, o seu genograma familiar.

Figura1. Genograma Familiar



1.3. Enquadramento Socioeconómico

Segundo o Senhor V. e esposa a situação económica é precária dependendo financeiramente de algumas ajudas económicas de familiares pelo baixo rendimento obtido pela reforma de invalidez do Senhor V e relacionado com o desemprego prolongado da esposa. Desta forma reconhecem pertencer a uma classe social desfavorecida, assumindo que “em primeiro lugar está a saúde e os bens essenciais, como é o caso da alimentação” (sic).

Neste contexto, foi de imediato levantada a necessidade de intervenção social, articulando desde o primeiro dia com a assistente social para avaliação dos recursos sociais necessários para colmatar as dificuldades financeiras de forma a não comprometerem o processo de tratamento.

1.4. Condições Habitacionais

O Senhor V. vive na residência do seu filho mais velho, residindo num apartamento em Portimão (Algarve), de tipologia T3, onde tem um quarto próprio para si e para a sua esposa. Trata-se de um primeiro andar sem elevador, que possui saneamento básico, gás canalizado e eletricidade.

O Senhor V. refere ter aceite a proposta de viver com o seu filho desde o momento do diagnóstico de doença oncológica por forma a se sentir mais acompanhado e próximo dos netos e ainda para evitar a sobrecarga da esposa.

1.5. Apoio Comunitário

As estruturas da comunidade valorizadas são o centro de saúde de Portimão, o Instituto Português de Oncologia, os amigos e vizinhos, identificando-as como “pilares” para si (sic).

1.6. Experiências e Projetos de Vida

Relativamente às experiências de vida, várias foram referidas como marcantes e determinantes para o trajeto do Senhor V. O mesmo, destacou as relacionadas com as emoções e afetos, nomeadamente o casamento, o desempenho do papel parental e de avô, sendo este último considerado uma força anímica para viver.

Para além disso, nomeou a mudança de país, ou seja, a sua vinda para Portugal, aliada a motivos económicos e de qualidade de vida, como um marco importante e positivo de crescimento pessoal.

Recorda como um momento negativo e marcante o seu período de infância resultante das relações parentais. Neste sentido, partilhou de forma genuína a pouca afetividade dos pais, bem como, a imposição dos mesmos para não seguir o percurso escolar visto o identificarem como inútil. Esta situação segundo o Senho V. despoletou o seu desejo e vontade de conhecer outra realidade e de se desapegar destas vivências associadas a sentimentos angustiantes, conflituosos e contraditórios à sua forma de pensar e ver o Mundo, razão pela qual foi viver com os avós aos 12 anos e se alistou na força área aos 18 anos.

Destaca como experiência de vida desfavorável o período decorrente do serviço militar, reconhecendo que lhe provocou stress pós-traumático.

2. HISTÓRIA DE SAÚDE

2.1. Antecedentes pessoais e de saúde

Relativamente a antecedentes pessoais o Senhor V. refere hipertensão arterial controlada com terapêutica anti-hipertensora. Sem outros antecedentes significativos.

Negou alergias alimentares ou medicamentosas.

2.2. Hábitos/Estilos de vida

Hábitos tabágicos e alcoólicos moderados.

2.3. História de doença atual

A história de doença atual do Senhor V. teve início em Agosto de 2016 associada a um quadro de otalgia, odinofagia e disfonia progressiva. Nesse seguimento, recorreu em Setembro do mesmo ano ao médico de família por persistência e agravamento dos sintomas. Por esse motivo, foi referenciado ao hospital da sua área de residência para observação pelo serviço de otorrinolaringologia. No período em que aguardava pela consulta médica iniciou quadro de dispneia com agravamento da disfonia, razão pela qual recorreu ao serviço de urgência do hospital da sua área de residência, onde realizou uma traqueotomia de urgência, (6/09), e onde foi diagnosticado carcinoma pavimento celular da laringe transglótico.

Foi nessa altura explicado ao Senhor V. e sua esposa que estes episódios eram decorrentes de uma doença oncológica da região de cabeça e pescoço e que precisava de ter acompanhamento especializado o mais rápido possível para iniciar tratamento. Por esse motivo, optaram por encaminhá-lo para o hospital especializado na região de Lisboa.

Em finais de Setembro realizou a primeira consulta no Instituto Português de Oncologia, tendo sido proposto laringectomia total com esvaziamento ganglionar bilateral e eventual colocação de provox.

O presente internamento surge na sequência da intervenção cirúrgica proposta que se realizou a 23 de Outubro.

Decorrente da cirurgia, o Senhor V. apresentava suturas cervicofaciais bilaterais, drenagens e sonda nasogástrica.

Durante o período de internamento, surgiram algumas complicações que acabaram por resultar no adiamento de todo o processo educativo. Em primeiro lugar, foi a presença de hematoma submandibular e face, associado a dor e sensação de repuxamento, e posteriormente um quadro de febre com necessidade de antibioterapia sistémica com Ceftriaxona 2000mg EV de 24/24horas e Metronidazol 1000mg EV de 12/12horas.

No período em que se realizou o ensino clínico, foi possível acompanhar este processo de recuperação e dar início aos ensinamentos relacionados com a alimentação entérica, por bólus, através da SNG e os relativos aos cuidados de higiene oral. Os ensinamentos correspondentes aos cuidados traqueais ficaram suspensos até se verificar melhoria do quadro clínico.

O Senhor V. demonstrava ansiedade e inquietação pelas complicações pós-operatórias visto comprometerem a sua independência que tanto valorizava, referindo “ eu quero tanto ser capaz de cuidar de mim sozinho....” (sic) mas também pela alteração da auto-imagem, demonstrando angústia e preocupação que o levaram a expressar “ tenho medo de ficar assim desfigurado e que a minha família passe a olhar-me de forma diferente.” (sic).

Orem (2001) afirma que as pessoas podem beneficiar da enfermagem quando têm limitações derivadas ou relacionadas com a saúde que comprometem o envolvimento na manutenção do autocuidado. Para além disso, refere que as atividades de autocuidado implicam a interiorização de motivação e a observação e juízo acerca dos comportamentos relacionados com o autocuidado que permite aceder aos requisitos e défices do mesmo, podendo os défices do autocuidado ser total ou parcialmente eliminados quando as pessoas com défice têm as capacidades humanas necessárias, predisposição e vontade (Orem, 2001).

Assim, nesta fase foi confortado o Senhor V. face às necessidades básicas alteradas tendo-lhe sido oferecidas informações para se tornar autónomo no seu autocuidado, apesar das limitações, e foram utilizados reforços positivos nos pequenos progressos que o Senhor V. foi conseguindo, com o objetivo de encorajar e aumentar o sentimento de sucesso e de progressão na aquisição da competência de autocuidado. Segundo Orem (2001) a presença e palavras de encorajamento e

segurança do enfermeiro podem ser necessárias para que o doente se sinta capaz de controlar e dirigir a sua ação de autocuidado.

Ainda perante esta situação, a equipa de enfermagem procurou encontrar outras estratégias para solucionar os problemas identificados e proporcionar ao Senhor V. conforto, tranquilidade e bem-estar, bem como, respostas adequadas e realistas às suas inquietações.

Foi considerado de relevo o apoio por parte da psicóloga neste processo de recuperação do Senhor V. Este é corroborado por Orem (2001) ao afirmar que o suporte emocional é fundamental pois permite que o doente se sinta capaz para controlar e dirigir as ações na situação de autocuidado, encorajando-o a iniciar ou perseverar no desenvolvimento de uma tarefa, a pensar numa situação ou a tomar uma decisão.

O envolvimento da esposa nos cuidados e ensinamentos realizados foi uma preocupação constante por parte da equipa de enfermagem, por identificar a importância da relação conjugal na vida do doente e em todo o processo de doença. Neste sentido, pretendeu-se capacitá-la para o desempenho do cuidado mas, principalmente, assegurar que esta poderá apoiar/suportar as práticas de autocuidado desenvolvidas pelo Senhor V. De acordo com Orem (2001), os membros da família do doente ou um não-enfermeiro que assista o doente, tornam-se progressivamente competentes em tomar decisões relativamente ao quotidiano, no cuidado personalizado ao doente ou providenciando e gerindo o cuidado ao doente, usando a supervisão de enfermagem e recorrendo a ela, conforme necessário.

O uso do ensino como método de ajudar o outro requer, assim, que o enfermeiro tenha um conhecimento profundo acerca do que o doente necessita de saber e as estratégias educacionais apropriadas que devem ser providenciadas (Orem, 2001). Por tal, é importante realizar previamente uma apreciação global e específica da pessoa de quem cuidamos, através de um guião de colheita de dados, que como refere Collière (1999), é a base do projeto de cuidados, permitindo determinar os cuidados de enfermagem necessários, avaliar a sua realização e evolução, constituir a argumentação da ação de cuidados, constituir a base da parceria com a pessoa/família e ainda estabelecer os limites da ação de enfermagem.

3. IMPACTO DA DOENÇA ONCOLÓGICA

Analisando a situação com base nas Necessidades Humanas Fundamentais definidas por Virgínia Henderson, foram encontrados problemas para os quais se tentaram definir estratégias enquadrando-as na Teoria de Dorothea Orem para os minorar.

3.1. Necessidades Humanas Básicas Fundamentais

NHF Comer e beber: alterada

Resultante da intervenção cirúrgica, a alimentação do Senhor V. passou a realizar-se de forma entérica através de sonda nasogástrica (SNG) e foi explicado que esta situação era transitória e que se manteria nos primeiros dias pós-cirurgia para facilitar o processo cicatricial. Neste sentido, foram realizados ensinamentos ao Senhor V. e esposa sobre a alimentação por SNG, ficando autónomo ao 3º dia.

Os cuidados alimentares foram geridos de acordo com a tolerância do doente e em colaboração direta com a nutricionista.

Devido à impossibilidade de ingestão por via oral foram reforçados os cuidados orais tendo sido informado e incentivado o Senhor V. a realizar cuidados de higiene oral para a prevenção do risco de infeção. Assim, foi incentivado o Senhor V. a cuidar da sua higiene oral 3 a 4 vezes durante o dia, demonstrando o procedimento na primeira higiene oral e fornecendo material para o efeito.

Para promover o envolvimento da família, foi solicitado que trouxessem um creme labial hidratante bem como incentivados a prestar cuidados à cavidade oral. Assim, foi proporcionado alívio físico e tranquilidade, diminuindo a sensação de impotência face à situação do Senhor V.

NHF Respirar: mantida

Eupneico sem aporte de oxigénio.

Presença de traqueostomia permeável com acessos de tosse esporádicos e presença de secreções amareladas em pequena quantidade que consegue expelir de forma autónoma.

Foi incentivado o Senhor V. a tossir eficazmente de forma a conseguir mobilizar as secreções, demonstrando os exercícios de controlo respiratório.

Verificou-se edema da face e sub- mandibular contudo não foi comprometedor na respiração. Foi aplicada uma ligadura na face de forma a exercer compressão até à redução do edema e foi também explicada a sua vantagem na cicatrização dos tecidos.

NHF Eliminar: mantida

Após a cirurgia o Senhor V. apresentou drenagem vesical, que retirou passado 24h. Foi desalgaliado, tendo urinado espontaneamente após desalgaliação. Inicialmente referiu disúria após ter sido desalgaliado, mas que reverteu nas seguintes micções. Manteve trânsito intestinal regular.

NHF Mover-se e Manter uma Postura Correta: alterada

O Senhor V. não apresentava dificuldades na deambulação, contudo esta foi alterada temporariamente pela presença de drenagens, pelo que foram realizados ensinamentos sobre como mobilizar e transportar as mesmas.

Devido ao risco de hemorragia foi aconselhado o Senhor V. a evitar mobilizações bruscas da cabeça. Foi também aconselhado a adotar a posição sentado ou de pé para promover o retorno venoso e a dormir com cabeceira elevada, contribuindo para a redução do edema cervicofacial.

NHF Estar limpo e proteger os tegumentos: alterada

Em cirurgia cervicofacial a proximidade do trato aerodigestivo com a ferida cirúrgica é estreita, existindo um risco elevado de contaminação desta (Cunha, Miguel & Ribeiro, 2012). Nesse sentido, é imperativo que o local operatório se encontre o mais seco e limpo possível. Boehnlein & Marek referem que “a observância das recomendações universais e cuidados rigorosos à ferida são as principais componentes das intervenções de enfermagem para prevenir infeção (...) necessárias ao longo de todo o pós-operatório” (Boehnlein & Marek, 2003, p. 611).

De acordo com o acima referido, foi estimulado o Senhor V. a ter cuidados de higiene corporal diária e oral frequente; incentivado a limpar a sialorreia e as secreções sempre que presentes; incentivado para a higienização das mãos e

ensinado a realizar os seus cuidados traqueais. Este último só foi possível aquando da resolução do edema mandibular e face resultante do hematoma presente.

NHF Vestir e Despir-se: mantida

Independente. Apresenta aspeto limpo e cuidado.

NHF Dormir e repousar: mantida

Refere dormir cerca de 8 horas por noite, tendo por hábito deitar-se à 1h e acordar às 9h, não referindo insónias.

NHF Manter a Temperatura Corporal: alterada

Durante o internamento apresentou picos febris que revertiam com antipiréticos prescritos. Nesse contexto, teve necessidade de cumprir antibioterapia sistémica, tendo a mesma sido eficaz no seu controlo.

NHF Evitar Perigos: alterada

Para evitar os riscos do ambiente e evitar lesar os outros, face à integridade sensorial, usa óculos e tem a acuidade auditiva mantida. Desconhece alergias. Durante o internamento o Senhor V. manteve-se sempre consciente e orientado no tempo, espaço e pessoa.

Foram realizados ensinamentos sobre os riscos de hemorragia e infeção presentes no pós- cirúrgico.

NHF Comunicar com os seus semelhantes: alterada

Com a realização da traqueotomia de urgência e com a laringectomia, o Senhor V. apresentava dificuldades na comunicação e esta situação era para o mesmo angustiadora, causadora de tristeza e preocupação em relação ao futuro.

Não conseguia escrever em português apesar de conseguir compreender, assim comunicava essencialmente através de mimica labial e gestos. A esposa servia diversas vezes de elo de ligação e apoio na comunicação, tendo sido por isso

fundamental. O senhor V. demonstrava, por vezes, frustração pela dificuldade em ser compreendido.

Foram utilizadas técnicas de comunicação como o uso de perguntas de resposta curta, e incentivado a gesticular e a usar a mimica labial de uma forma mais lenta para se tornar mais perceptível. Para além disso, foram explicadas ao Senhor V. formas de recuperar a fala e foi também envolvido o terapeuta da fala para esclarecimento das várias opções de comunicação possíveis, após recuperação cirúrgica, através dos diversos métodos de reabilitação da voz, ou seja, a voz esofágica, laringe eletrónica e próteses traqueoesofágicas.

Foi também explicado que podem utilizar lenços no pescoço como proteção física e psicológica do traqueostomia, pois para um doente laringectomizado comunicar e ser compreendido é necessário que haja da parte do interlocutor uma aproximação física considerável. Esta aproximação pode provocar na pessoa sentimentos de vergonha e de retraimento, repercutindo-se nas suas vivências quotidianas, uma vez que essa aproximação física excessiva poderá, de alguma forma, entrar em conflito com a intimidade psicológica fragilizada.

Segundo Oliveira (2009) a laringectomia traduz-se numa ameaça à imagem corporal e autoestima, na medida em que provoca grandes alterações na aparência, na estrutura e no funcionamento do organismo do indivíduo.

De acordo com Freitas & Cabral (2008), quando se lida com um paciente que sofreu alterações na imagem corporal, devemos compreender que este conceito está relacionado com a cultura, meio ambiente, sexo, idade, valores internos e religião. A alteração da autoimagem do paciente pode originar mudanças no seu estilo de vida, em maior ou menor grau, dependendo dos conhecimentos e dos valores que este tem (Freitas & Cabral, 2008).

O Senhor V. partilhou, desde o dia de admissão, que sentia medo pelo facto de as alterações de imagem e desfiguração poderem levá-lo a isolar-se dos outros, principalmente das pessoas que mais ama. Como tal, houve a necessidade de explicar como iria ficar no futuro para assim facilitar o seu processo de aceitação e também de valorizar as suas qualidades subjetivas de forma a diminuir a necessidade de transformação da parte estética.

Determinou-se como essencial neste processo o apoio psicológico, promovendo a participação da psicóloga desde a fase pré- cirúrgica.

Estes esclarecimentos e medidas adotadas foram cruciais nesta fase de adaptação às diversas transformações ocorridas e foram impulsionadoras para o envolvimento do Senhor V. em todo o processo de cuidados. Contudo este é um processo gradual que necessita do apoio e da atenção do enfermeiro.

De acordo com Benner, *“as enfermeiras especializadas não propõem apenas informações, elas oferecem maneiras de ser, de enfrentar a doença e mesmo novas perspectivas ao doente, graças às possibilidades e ao saber que decorrem de uma boa prática de enfermagem”* (Benner, 2001, p.104).

Procurou-se estabelecer uma relação de ajuda baseada na disponibilidade, capacidade de escuta, compreensão e empatia para assim conseguir estabelecer uma comunicação sólida e de confiança que me permitisse trabalhar em conjunto com o Senhor V. promovendo a sua recuperação ou readaptação (potenciar a participação nos cuidados, partilhar o poder de decisão, comunicar não verbalmente, mediar processos de mudança) de forma a capacitá-lo a adotar medidas promotoras de autocuidado e de gestão do seu processo de doença e tratamento.

NHF praticar a sua religião e agir segundo as suas crenças: mantida

O Senhor V. refere ser ateu, e desta forma a religião não afeta as suas crenças em saúde.

NHF Ocupar-se e recrear-se por forma a sentir-se útil: alterada

Durante o internamento não foi possível a realização das caminhadas/passeios à beira mar que referia fazer várias vezes por semana e que o tranquilizavam. Contudo foi-se ocupando a ler jornais que a esposa lhe trazia, uma atividade que dizia apreciar e que permitia manter o contacto com as suas raízes e com a atualidade do seu país.

NHF Aprender: mantida

Não apresenta dificuldade na aprendizagem, mantém capacidade de questionamento, de reter e compreender a informação que lhe é transmitida, bem como, capacidade de análise e tomada de decisão.

Considera estar satisfeito com o conhecimento que tem da sua condição de saúde, contudo refere sentir-se triste com a evolução da doença e com as repercussões da cirurgia.

NHF Sexualidade: Não houve um momento oportuno e de privacidade para abordar o assunto.

4. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Cuidar do doente com cancro é uma atividade que se desenvolve no seio de fragilidades e de tensões impostas pela doença, pelos tratamentos, pelo sofrimento inerente à doença e a toda a panóplia de alterações que ela transporta nos padrões de vida quotidiana, nomeadamente nas atividades de autocuidado.

Orem (2001) afirma que as pessoas podem beneficiar da enfermagem quando têm limitações derivadas ou relacionadas com a saúde que comprometem o envolvimento na manutenção do autocuidado. E, para tal, o enfermeiro assume a responsabilidade de desenvolver estratégias de intervenção centradas na pessoa e sua família valorizando a visão holística e humanizadora dos cuidados, sustentada numa abordagem que privilegia a relação, comunicação e o trabalho em equipa multidisciplinar.

Devido à complexidade do processo de doença e tratamento do doente oncológico, torna-se essencial recorrer a um modelo concetual para orientar e fortalecer a prática de cuidados que contribua para uma melhor articulação entre a teoria e a prática. Tendo por base o modelo teórico de Dorothea Orem adotado, torna-se mais fácil determinar os meios válidos para controlar ou regular fatores internos e externos que afetam a atividade dos processos funcionais e de desenvolvimento pessoal e produzir cuidados para conhecer e ir ao encontro das necessidades de manutenção e regulação do autocuidado, bem como regular o exercício ou desenvolvimento dos poderes e capacidades do indivíduo para o envolvimento no mesmo possibilitando, assim, uma intervenção mais ajustada às necessidades de autocuidado presentes (Orem, 2001). Para além disso, segundo o mesmo autor, a pessoa deve estar motivada e capaz de desempenhar as atividades

requeridas e o enfermeiro deve ser adequado nas suas sugestões, instruções, direções e supervisão (Orem, 2001).

Face ao exposto, e ao analisar a situação do Senhor V. identifiquei que as suas necessidades/problemas se relacionam essencialmente com a adaptação funcional (relacionada com o medo de não conseguir autocuidar-se sozinho) e emocional (relacionada com a capacidade de comunicar e com a alteração da imagem corporal) às alterações ocorridas pela cirurgia aquando do regresso a casa pois, ao longo dos contactos estabelecidos, o Senhor V. demonstrou diversas vezes preocupação com as repercussões limitativas que a cirurgia poderia acarretar na sua vida, impedindo-o de ter o controlo da situação e de se manter ativo.

Foram trabalhadas as necessidades levantadas com vista à sua resolução e, para tal, foi desenvolvida uma autêntica relação de ajuda, pautada pela honestidade, respeito, disponibilidade, capacidade de escuta, compreensão e empatia. Através desta, foi possível encontrar estratégias de intervenção que passaram por:

- Incentivar a partilha de emoções e sentimentos, bem como, valorizar o seu papel no seio da família;
- Estimular o *empowerment*, prestando cuidados de enfermagem com vista à capacitação do Senhor V e esposa para o autocuidado com a traqueostomia, alimentação com Sonda Nasogástrica, cuidados de higiene oral e técnicas de comunicação não-verbal;
- Incentivar a aplicação das potencialidades da pessoa, através dos reforços positivos e estímulos constantes, facilitadoras do seu autocuidado;
- Realizar educação para a saúde, debruçando sobre os temas da alimentação, conjuntamente com a Nutricionista, cuidados traqueais (a ter com o estoma e pele peri-estoma), cuidados de higiene oral e comunicação;
- Mobilizar os recursos comunitários existentes e disponíveis, no sentido de dar apoio ao Senhor V. e sua esposa nomeadamente na aquisição de material para a realização dos cuidados traqueais.

As medidas acima referidas permitiram a consciencialização do Senhor V. para a sua condição de saúde/doença, um controlo sintomático e ainda proporcionaram uma continuidade de cuidados eficaz em articulação com a consulta externa e com o centro de saúde.

Considera-se que a equipa de enfermagem teve uma preocupação em abraçar o desafio dos cuidados centrados no doente, envolvendo o mesmo e sua esposa nos cuidados prestados, bem como, a satisfação das necessidades levantadas e suas preferências e ainda promovendo a transmissão de informação e tomada de decisão compartilhada.

Foi visível também uma relação de parceria entre os diferentes profissionais que constituem a equipa multidisciplinar, procurando o contributo da aprendizagem mútua, da partilha de conhecimentos, o respeito pelas competências e pela área de atuação de cada um, tendo em vista a concretização de objetivos comuns centrados no doente e sua família procurando, desta forma, o bem-estar e qualidade de vida dos mesmos.

A equipa de enfermagem teve sempre presente a importância da informação e do ensino, ao longo da preparação para a alta, na promoção do autocuidado, ao reconhecerem o conceito de autocuidado de Orem como uma atividade que pode ser aprendida e que deve ser, deliberadamente, desempenhada de forma contínua (Orem, 2001). Para além disso, tiveram em consideração que o autocuidado requer não só aprendizagem e uso de conhecimento, mas também motivação permanente e habilidades (Orem, 2001).

CONCLUSÃO

É hoje consensual para a disciplina de enfermagem que o objetivo dos cuidados deixou de ser a doença propriamente dita, para passar a ser a resposta do indivíduo à doença e aos processos de vida. Neste sentido são colocados desafios aos profissionais de saúde no sentido de ajudar os doentes a agir responsabilmente no seu autocuidado relacionado com a saúde, compensando as deficiências existentes e mantendo ou aumentando as suas capacidades para o autocuidado (Orem, 2001).

Como refere Collière, *“o campo de competência da enfermagem tem como finalidade mobilizar as capacidades da pessoa e dos que a cercam, com vista a compensar as limitações ocasionadas pela doença e suplementá-las se essas capacidades forem insuficientes”* (Collière, 2000,p.287).

Partindo desta premissa, é primordial que o processo de cuidados de enfermagem se desenvolva através do estabelecimento de uma relação complementar com a pessoa alvo dos cuidados (Orem, 2001).

O estudo de caso constituiu-se como um marcante momento de aprendizagem que permitiu identificar as necessidades e perceber o impacto da doença e o seu percurso, para assim, promover intervenções junto do doente e sua família envolvendo-os sempre numa perspetiva de visão holística e trabalhando de forma interdisciplinar de modo a promover e maximizar a qualidade de vida do doente. Esta oportunidade contribuiu para o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista e a realização deste trabalho constituiu uma mais-valia, pelos contributos que trouxe ao desenvolvimento do projeto de intervenção clínica, nomeadamente nos conhecimentos acerca das intervenções educativas de enfermagem relacionadas com a problemática do autocuidado no âmbito dos cuidados à pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito. Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto editora.
- Boehnlein, M., Marek, J. F. (2003). Enfermagem pós-operatória. In Phipps, Sands & Marek. *Enfermagem médico-cirúrgica. Conceitos e prática clínica*. I (20), p.1429-1456. Camarate: Lusociência.
- Collière, M. F. (1999). *Promover a vida. Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Lidel e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Cunha, T. F. S., Miguel, S. S. A., Ribeiro, C. M. Z. (2012). *Infeção do local cirúrgico na cirurgia cervicofacial*. Tese de mestrado em cuidados de saúde pela Universidade Católica Portuguesa. Instituto de Ciências da Saúde.
- Figueiredo, D. A., Damascena, L. C. L., Oliveira, J. S. & Batista, P. S. S. (2000). *O estudo de caso como estratégia de ensino e aprendizagem na disciplina enfermagem em clínica I. Opinião dos discentes*. Centro de Ciências da Saúde/Departamento de Enfermagem Médico-cirúrgica e Administração/Monitoria. Acedido a 11/10/2016. Disponível em <http://www.prac.ufpb.br/anais/IXEnex/iniciacao/documentos/anais/6.SAUDE/6CCSDEMCAMT03.pdf>.
- Freitas, A.; Cabral, I. (2008). O cuidado à pessoa traqueostomizada. *Análise de um folheto educativo*. *Revista Enfermagem*, 12(1), 84-89.
- Oliveira, V. (2009). *Transições de vida em adultos submetidos a laringectomia total. Implicações na educação para a saúde*. Universidade do Minho. Tese de mestrado.

Orem, D. (2001). *Nursing. Concepts of practice* (6a Ed.). St. Louis: Mosby.

Autocuidado da Pessoa com Doença Oncológica de Cabeça e Pescoço sob Quimioradioterapia: Intervenções Educativas para a sua Capacitação – Revisão Scoping

Selma Cristina Oliveira Machado, nº 6769

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

SUMÁRIO

Os tratamentos antineoplásicos para os doentes oncológicos de cabeça e pescoço exigem abordagens complexas e multidisciplinares que implicam uma combinação de várias opções terapêuticas, resultantes de diagnósticos em estadios avançados. Estes têm várias repercussões negativas, com um profundo impacto na pessoa a nível físico, psicológico, social e espiritual (Sobecki-Ryniak & Krouse, 2013).

A sobrevivência global é um dos principais benefícios das abordagens terapêuticas, como é o caso do tratamento com quimioradioterapia mas, em contrapartida, verifica-se uma potencialização das toxicidades que pode levar a uma interrupção do tratamento e até hospitalização se os doentes não estiverem bem adaptados e capacitados para gerir o processo de tratamento (Lambertz et al, 2010).

É reconhecida pelos enfermeiros a importância do processo educativo para prestar cuidados de qualidade, sendo este assumido como uma prioridade no tratamento e reabilitação de doentes oncológicos (Wilson, Mood & Nordstrom, 2013). Contudo vários estudos apontam que os doentes oncológicos se sentem inexperientes e com perda de controlo relativamente ao tratamento e ao impacto do mesmo na sua vida diária (Pedersen, Koktved & Nielsen, 2012).

O défice na transmissão de informações, falhas no levantamento das necessidades educacionais e cuidados pouco individualizados são identificados como lacunas à eficácia e qualidade das intervenções de enfermagem para a capacitação para o autocuidado dos doentes oncológicos (Pedersen, Koktved & Nielsen, 2012).

Objetivo

O objetivo desta revisão scoping é reunir a melhor evidência disponível que permita mapear as intervenções/ estratégias educativas na capacitação para o autocuidado da pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço no âmbito do tratamento com quimiorradioterapia

Finalidade

Esta revisão scoping pretende, assim, discutir as intervenções educativas de enfermagem que podem ser implementadas no cuidado ao doente oncológico de cabeça e pescoço sob quimiorradioterapia, para a capacitação para o autocuidado destes doentes e a consequente melhoria da qualidade dos cuidados através de práticas baseadas na melhor e mais recente evidência científica.

Palavras - Chave

Autocuidado; Educação; Doente oncológico de cabeça e pescoço; Quimioterapia; Radioterapia; Intervenções de enfermagem

BACKGROUND

Há uma tendência crescente para que, nos dias de hoje, como consequência de fatores económicos/ políticos ou mudanças na perceção da saúde das pessoas e na organização dos cuidados, os hospitais se transformem em centros de intervenção em crise, passando o doente apenas o tempo necessário no hospital para efetuar o tratamento, tratar fases agudas da doença e possíveis complicações (Pereira & Lopes, 2005). Face a isto, as políticas de saúde colocam o enfoque na responsabilização e envolvimento dos doentes e famílias para se auto-cuidarem no que diz respeito às atividades de vida diária e na procura de comportamentos de saúde no sentido de serem capazes de gerir com eficácia os processos saúde /doença (Petronilho, 2012). Consequentemente, o regresso a casa ocorre sem que esteja garantida a continuidade de cuidados e “assegurado que o doente e eventuais cuidadores estão suficientemente habilitados e informados acerca dos cuidados

indispensáveis para o restabelecimento do seu estado de saúde” (Ferreira et al, 2011, p.122). Assim, a alta clínica assume-se, muitas vezes, como um momento de tensão em que doente e família/ pessoas significativas experienciam sentimentos de vulnerabilidade, insegurança e fragilidade, visto passarem do ambiente hospitalar que identificam como seguro e protetor, com o apoio e supervisão de enfermagem, para o ambiente domiciliário que é, frequentemente, encarado como ameaçador passando o doente a depender de si próprio e do cuidador informal, como parceiros ativos (Boehnlein e Marek, 2003).

A realidade acima referida torna-se preocupante, em particular, com os doentes oncológicos de cabeça a pescoço, uma vez que estes experienciam dificuldades acrescidas no autocuidado devido a problemas de adaptação e *coping* com o diagnóstico, gestão da doença e tratamento, causadas pelo seu grande impacto na auto-imagem e disfunção, devido à proximidade com estruturas aerodigestivas (Sobecki-Ryniak & Krouse, 2013).

Segundo Pedersen, Koktved & Nielsen (2012), os doentes oncológicos a realizar tratamentos antineoplásicos referem sentir ansiedade e perda de controlo para gerirem de forma autónoma os efeitos secundários dos tratamentos, o que sugere que os conhecimentos adquiridos e a informação fornecida possam ser insuficientes, ou não dar resposta às reais necessidades individuais da pessoa.

É por considerar o processo de tratamento antineoplásico complexo, que a American Society of Clinical Oncology e a Oncology Nursing Society definiu um *standard* para a administração segura de quimioterapia, incluindo a educação como um dos seus domínios (Neuss et al, 2016).

Orem (2001) vem através da sua Teoria de Autocuidado contribuir para fundamentar a prática do enfermeiro, enaltecendo o ensino e focalizando o indivíduo, como o centro da organização do cuidar em enfermagem, destacando a influência do envolvimento familiar no seu processo educativo e identificando o autocuidado como basilar na manutenção do seu equilíbrio físico, mental e espiritual (Orem, 2001).

O reconhecimento do papel do enfermeiro na educação dos doentes submetidos a tratamentos oncológicos é notório, tornando-se determinante a necessidade de perceber como os enfermeiros podem motivá-los e capacitá-los para o autocuidado (Portz & Johnston, 2014). Assim, para responder às necessidades da

pessoa com doença oncológica, nomeadamente a área de cabeça e pescoço, importa como refere Sobecki-Ryniak & Krouse (2013), que os profissionais tenham formação contínua no que diz respeito às estratégias educativas que permitam capacitar para o autocuidado, tendo em consideração as especificidades dos tratamentos oncológicos.

Questão de Pesquisa

A questão que surge como norteadora da pesquisa é a seguinte: Quais as intervenções/ estratégias educativas de enfermagem para a capacitação para o autocuidado da pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço sob quimioradioterapia?

A questão foi elaborada usando a mnemónica PCC e utilizando os seguintes elementos: População, Conceito e Contexto (The Joanna Briggs Institute, 2015).

A população selecionada é a pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço e os enfermeiros. Quanto ao conceito foram definidas as intervenções/ estratégias educativas de enfermagem na capacitação para o autocuidado, e o contexto enquadra-se no âmbito de internamento hospitalar.

METODOLOGIA DA REVISÃO

Estratégia de pesquisa

A pesquisa foi efetuada entre Maio e Julho de 2016 e direcionou-se para estudos publicados. A estratégia de pesquisa desenvolveu-se em várias etapas. Numa primeira etapa recorreu-se às bases de dados da CINAHL Plus with Full Text e MEDLINE with Full Text, numa pesquisa limitada, com o intuito de identificar os termos mais ajustados ao que se pretende estudar, através da análise das palavras contidas nos títulos, resumo e termos indexados para descrever o artigo.

Numa segunda etapa foi efetuada uma nova pesquisa em todas as bases de dados do motor de busca EBSCO em que foram usados todos os termos anteriormente identificados.

Numa terceira etapa foi efetuada uma nova pesquisa, nas bases de dados CINAHL Plus with Full Text, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, MEDLINE with Full Text.

A limitação da pesquisa a estas bases de dados prendeu-se com o facto de estas compreenderem a evidência mais relevante no que diz respeito à capacitação para o autocuidado.

Numa última fase foi necessário alargar o leque de pesquisa para sites oficiais no domínio da enfermagem oncológica, como foi o caso da Multinational Association of Supportive Care in Cancer (MASCC), Oncology Nursing Society (ONS), American Cancer Society e BC Cancer Agency, que possibilitaram identificar informação pertinente a ser transmitida à pessoa com doença oncológica durante o período de tratamento antineoplásico e em consonância com a doença oncológica em si.

Critérios de inclusão/exclusão

De forma a realizar a pesquisa e obter resultados adequados à questão orientadora e ao objetivo de estudo, foram estabelecidos critérios de inclusão e exclusão.

Critérios de Inclusão

- Tipo de Participantes

Esta revisão considera estudos que incluam todos os doentes adultos, com 18 anos ou idade superior, de qualquer género ou etnia e diagnosticados com doença oncológica, nomeadamente a doença oncológica de cabeça e pescoço, submetidos a tratamentos antineoplásicos de quimioterapia e radioterapia e a sua combinação.

- Conceito

Esta revisão considera estudos que identifiquem e descrevam as intervenções/estratégias educativas de enfermagem na capacitação para o autocuidado dos

doentes oncológicos, nomeadamente, os doentes oncológicos de cabeça e pescoço, sob quimiorradioterapia.

Foi utilizada a definição de intervenção de enfermagem do Conselho Internacional de Enfermeiras (2005), que a reconhece como a “ ação realizada em resposta a um diagnóstico de enfermagem, com a finalidade de produzir um resultado de enfermagem”.

- Contexto

Esta revisão considera estudos que incluam as pessoas com doença oncológica, em especial a pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço, submetidos a tratamentos antineoplásicos com quimioterapia, radioterapia ou quimiorradioterapia.

O doente e o enfermeiro são os focos de estudo, com o objetivo de promover a capacitação para o autocuidado, melhorar o bem-estar e qualidade de vida do doente e ainda promover a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

- Tipos de estudos

Esta revisão considera todos os tipos de estudos que estejam publicados no período compreendido entre 2010-2016, com texto integral disponível, em língua inglesa e que incluam os critérios de inclusão acima mencionados.

Critérios de Exclusão

- Pessoas com idade inferior a 18 anos, com patologias específicas não oncológicas;
- Estudos anteriores a 2010;
- Estudos que não se encontrem disponíveis em *full –text*.

RESULTADOS

Seleção dos Resultados

A pesquisa em bases de dados revelou 130 artigos potencialmente relevantes. Resultante desta pesquisa, foram removidos artigos que se encontravam duplicados (nº 25) e que não iam ao encontro dos critérios de inclusão após revisão dos títulos (nº 59), tendo sido excluídos 84 artigos.

Com a leitura do resumo dos 46 artigos, foram selecionados 12 artigos para a leitura do texto integral, uma vez que o resumo não disponibilizava informação suficiente que permitisse identificar facilmente se preenchiam os critérios de inclusão. Desta análise foram excluídos 4 artigos, por não se encontrarem dentro dos critérios de inclusão definidos. Assim, nesta revisão foi incluído um total de 8 artigos e a sua análise encontra-se no quadro 1.

Caracterização e descrição dos resultados

Após ter realizado a seleção dos estudos a incluir na revisão *scoping*, procurou-se avaliar a sua qualidade, classificando-os segundo os níveis de evidência de Newhouse, Dearholt, Poe, Pugh e White (2005):

Nível I - Estudos experimentais/estudos randomizados controlados ou meta análises de estudos randomizados controlados;

Nível II - Estudos quasi-experimentais;

Nível III - Estudos não experimentais, estudos qualitativos ou meta-sínteses;

Nível IV - Opinião de peritos, baseados em evidência científica ou painéis de consenso de peritos (revisões sistemáticas da literatura, *guidelines* de práticas clínicas);

Nível V - Opinião de peritos não baseados em evidência científica (estudos de caso; revisões da literatura; experiencias organizativas, como por exemplo, programas de melhoria da qualidade ou dados financeiros; conhecimento clinico ou experiência pessoal).

Para ser perceptível a metodologia utilizada, é exposta a análise de cada um dos estudos/artigos selecionados e destacam-se o seu nível de evidência, objetivo,

tipo de estudo, fenómeno de interesse e principais conclusões/resultados (Quadro 1).

Quadro 1: Caracterização e descrição dos resultados

Autor, Ano, Título do Estudo/Artigo, Publicação	Pedersen, B.,Kokteved, D., Nielsen, L. (2012). Living with side effects from cancer treatment – a challenge to target information
Objetivos do estudo	Conhecer o impacto dos efeitos secundários dos tratamentos de quimioterapia e radioterapia na vida dos doentes e quais as necessidades de informação para gerir esta etapa
Desenho do Estudo e Metodologia	Estudo qualitativo – análise fenomenológica
Nível de Evidência	Nível III
Fenómeno de Interesse	Transmissão de informação na gestão do processo de tratamento
Resultados/Conclusões	<p>As exigências para a eficiência nos cuidados de saúde limitam o período de tempo que o profissional de saúde tem ao seu dispor para capacitar o doente para gerir o processo de tratamento antineoplásico no domicílio, revelando-se este insuficiente, nomeadamente ao nível da transmissão de informação.</p> <p>No artigo são apresentadas as opiniões dos doentes sobre a informação disponibilizada pelos prestadores de cuidados. Neste contexto, os doentes sugerem que a informação seja ajustada às suas experiências, recursos e necessidades individuais, referem também a importância de estabelecer uma relação de confiança que permita fortalecer as suas capacidades para lidarem com os efeitos secundários e ainda fornecer a informação por diversas etapas e de forma</p>

	aprofundada, recorrendo a exemplos práticos e reais criando oportunidades de as aplicar. Estas medidas podem assim promover o autocuidado e minimizar o sofrimento provocado pelos efeitos secundários.
--	---

Autor, Ano, Título do Estudo/Artigo, Publicação	Lambertz, C., Gruell, J., Robenstein, V., Mueller-Funaiole, V., Cummings, K., Knapp, V. (2010). NO SToPS: Reducing Treatment Breaks During Chemoradiation for Head and Neck Cancer
Objetivos do estudo	Providenciar um guia para profissionais de saúde, de forma a contribuir para a gestão dos efeitos secundários e assim prevenir interrupções do tratamento pois, caso ocorram, diminui o controlo locoregional e a taxa de sobrevivência
Desenho do Estudo e Metodologia	Revisão da literatura e apresentação de metodologia de seguimento de doentes oncológicos de cabeça e pescoço submetidos a tratamento de quimiorradioterapia, no Estado St. Luke's Mountain- Institute em Boise (EUA)
Nível de Evidência	Nível V
Fenómeno de Interesse	Estratégias na gestão dos efeitos secundários
Resultados/Conclusões	O tratamento de quimioterapia em simultâneo com a radioterapia contribui para a sobrevivência dos doentes com doença oncológica de cabeça e pescoço, mas também aumenta a toxicidade aguda. Para melhorar a gestão dos efeitos secundários, os doentes oncológicos podem beneficiar de uma educação prévia ao tratamento, com recurso a tecnologias de informação e follow-up após o seu término. No artigo são apresentadas estratégias que permitem aos prestadores de cuidados monitorizar

	<p>os doentes com doença oncológica de cabeça e pescoço submetidos a quimiorradioterapia, nomeadamente através do estabelecimento de um <i>standard</i> de prática para o seguimento dos doentes, com recurso a um programa educacional para profissionais.</p> <p>As áreas de educação abordadas incidem nos cuidados orais, de higiene corporal, alimentação, controlo sintomático, atividade social, profissional e sexual.</p> <p>As intervenções incluíram educação e um rigoroso <i>follow-up</i> (presencial ou telefónico), tendo melhorado os resultados de adesão dos doentes aos cuidados orais, alimentares e na deteção de possíveis complicações, como foi o caso de infeções orais e ainda no controlo da dor.</p>
--	---

Autor, Ano, Título do Estudo/Artigo, Publicação	<p>Dalby, C., Nesbitt, M., Frechette, C., Kennerley, K., Lacoursiere, L., Buswell, L. (2013).</p> <p>Standardization of Initial Chemotherapy Teaching to Improve Care</p>
Objetivos do estudo	Contribuir para o desenvolvimento de estratégias baseadas numa abordagem padronizada da educação do doente, promovendo a melhoria da qualidade e satisfação do mesmo
Desenho do Estudo e Metodologia	Revisão da Literatura e apresentação da metodologia utilizada na educação do doente
Nível de Evidência	Nível V
Fenómeno de Interesse	Estratégias de fortificação do processo educativo nos doentes propostos para tratamento com quimioterapia
Resultados/Conclusões	A utilização de tratamentos antineoplásicos, nomeadamente a quimioterapia, inclui a educação

	<p>do doente como um dos <i>standards</i> da prática clínica. A sua padronização é crucial para melhorar a eficiência e a qualidade.</p> <p>São apresentados no artigo instrumentos de padronização do processo educativo, como é o caso da <i>checklist</i>, calendário do doente e instrumento de registo para medir o nível de compreensão de cada doente sobre os pontos-chave do conteúdo educativo.</p> <p>A utilização destes instrumentos educativos pode resultar em melhores cuidados e maior satisfação do doente.</p>
--	---

Autor, Ano, Título do Estudo/Artigo, Publicação	Portz,D., Johnston, M. (2014). Implementation of an Evidence-Based Education Practice Change for Patients With Cancer
Objetivos do estudo	Descrever um projeto de qualidade sobre o processo educativo da pessoa com doença oncológica comparando-o com o modelo de educação corrente
Desenho do Estudo e Metodologia	Revisão da Literatura
Nível de Evidência	Nível V
Fenómeno de Interesse	Estratégia educacional aplicada nos doentes oncológicos a realizar tratamento antineoplásico
Resultados/Conclusões	Durante o período de tratamento verifica-se que os doentes se encontram ansiosos com dificuldade em reter informação e o processo de ensino realizado pelo enfermeiro é muitas vezes afetado por restrições temporais. Devido a estes aspetos são apresentados dois modelos da prática para o seguimento dos doentes, bem como, as diversas fontes utilizadas na educação ao doente

	<p>oncológico a realizar tratamento antineoplásico (American Cancer Society, Lange Productions e ProHealth Care).</p> <p>Relativamente ao processo educacional <i>standard</i>, este distribui-se em vários momentos de ensino, precisamente três. O primeiro momento de ensino decorre no dia da primeira consulta médica depois segue-se o segundo que se realiza no período de administração do tratamento e o terceiro momento ocorre através de um <i>follow-up</i> telefónico 48-72h após a realização do tratamento. A diferença existente para o novo modelo educacional, é a existência de um quarto momento de ensino que se realiza previamente ao dia do tratamento, e tem a duração de 1 hora. Neste sentido, no dia do tratamento, dá-se continuidade ao ensino realizado sendo este apenas um reforço do anterior.</p> <p>Verificou-se que a implementação deste novo modelo educacional teve um aumento significativo na satisfação do profissional de saúde e do doente.</p>
--	---

Autor, Ano, Título do Estudo/Artigo, Publicação	Sobecki-Ryaniak, D., Krousse, H. (2013). Head and Neck Cancer: Historical Evolution of Treatment and Patient Self-Care Requirements
Objetivos do estudo	Compreender a evolução histórica do tratamento e seu impacto sobre os requisitos de autocuidado em doentes oncológicos de cabeça e pescoço.
Desenho do Estudo e Metodologia	Revisão da Literatura
Nível de Evidência	Nível IV
Fenómeno de Interesse	Intervenções de enfermagem na promoção de autocuidado durante o processo de tratamento.

Resultados/Conclusões	<p>O cancro de cabeça e pescoço é único em termos de desfiguração visível e distúrbios funcionais significativos em comparação com outros tipos de cancro e os tratamentos também podem potencialmente causar desfiguração e disfunção, levando à dificuldade de adaptação.</p> <p>Qualidade de vida e bem-estar são perturbados pelos efeitos prejudiciais do tipo de cancro, seus tratamentos e o impacto negativo dessas mudanças exige que os enfermeiros proporcionem orientação durante todo o processo de adaptação, desenvolvam práticas de autocuidado e auxiliem na ressocialização da família e comunidade.</p> <p>A educação do doente antes do tratamento sobre como manter as suas capacidades de autocuidado permite-lhe lidar com o cancro e adaptar-se a estas alterações, produzindo um efeito positivo na qualidade de vida e nos <i>outcomes</i> dos doentes oncológicos de cabeça e pescoço.</p> <p>Identificar as necessidades dos doentes, de forma, a providenciar as informações necessárias para ajudar a pessoa e a família a preparem-se para os resultados esperados do tratamento, informar os doentes com base na sua capacidade de aprendizagem, integrar materiais de suporte e ainda criar planos individualizados são algumas das estratégias essenciais para um eficaz processo de capacitação.</p>
------------------------------	---

Autor, Ano, Título do Estudo/Artigo, Publicação	Wilson, F., Mood, D., Nordstrom, C.K. (2013). The Influence of Easy-to-Read Pamphlets About Self-Care Management of Radiation Side Effects on Patients' Knowledge
Objetivos do estudo	Compreender o conhecimento do doente oncológico sobre os efeitos secundários da radioterapia através do recurso a material educacional escrito de fácil leitura
Desenho do Estudo e Metodologia	Estudo não experimental (Quantitativo)
Nível de Evidência	Nível III
Fenómeno de Interesse	Material educativo escrito na promoção de conhecimento para a gestão do processo de tratamento
Resultados/Conclusões	<p>O grau de literacia tem influência na capacidade para compreender a informação sobre os efeitos secundários do tratamento. Verificou-se que quanto menor o grau de literacia menor o conhecimento sobre os efeitos secundários do tratamento de radioterapia.</p> <p>O enfermeiro em oncologia deve continuar a utilizar estratégias inovadoras de educação para melhorar o conhecimento do doente e os seus comportamentos promotores de autocuidado, nomeadamente, na gestão dos efeitos secundários do tratamento, tendo em atenção ao nível de literacia do doente.</p> <p>Os materiais educativos utilizados na gestão dos efeitos secundários do tratamento são essenciais para criar doentes mais informados e mais capazes de gerir o seu processo de tratamento.</p>

Autor, Ano, Título do Estudo/Artigo, Publicação	Mannix, C.M., Bartholomay, M.M., Doherty, C.S., Lewis, M., Bilodeau, M.C. (2012). A Feasibility Study of Low-Cost, Self-Administered Skin Care Interventions in Patients With Head and Neck Cancer Receiving Chemoradiation
Objetivos do estudo	Compreender como os enfermeiros podem maximizar os resultados clínicos e minimizar as toxicidades cutâneas provocadas pelo tratamento de quimiorradioterapia
Desenho do Estudo e Metodologia	Estudo descritivo e Revisão de Literatura
Nível de Evidência	Nível V
Fenómeno de Interesse	Intervenções de enfermagem na redução das toxicidades cutâneas
Resultados/Conclusões	<p>Os doentes oncológicos de cabeça e pescoço sob quimiorradioterapia são particularmente vulneráveis ao aparecimento de toxicidades cutâneas, o que pode resultar em atrasos no tratamento, infecção e dor.</p> <p>O estudo utilizou algumas estratégias para melhorar a adesão: um <i>kit</i> padronizado, instruções escritas, diário semanal, reforço do ensino e ainda a escala do National Cancer Institute para monitorização das toxicidades cutâneas. Estas serviram para melhorar a uniformidade das informações fornecidas ao doente, avaliação do mesmo e documentação das reações cutâneas pela equipe multidisciplinar e o desenvolvimento da relação terapêutica entre doente-enfermeiro nas avaliações semanais da toxicidade cutânea contribuiu para melhorar a adesão e constitui-se uma oportunidade de reforço do ensino.</p> <p>A educação do doente sobre os cuidados à pele (o</p>

	<p>mais precocemente possível) e o seu reforço pode ser benéfico para minimizar a toxicidade da pele, bem como, empoderar o doente para se tornar participante ativo nos cuidados de saúde pode contribuir para <i>outcomes</i> positivos.</p> <p>A utilização de uma ferramenta de avaliação da toxicidade para profissionais de saúde pode melhorar a avaliação dos doentes, a sua documentação e também a gestão das toxicidades.</p>
--	--

Autor, Ano, Título do Estudo/Artigo, Publicação	Van Der Meulen, I.C., Leeuw, J.J., Gamel, C.J., Hafsteinsdóttir, T.B. (2012). Educational intervention for patients with head and neck cancer in the discharge phase
Objetivos do estudo	Desenvolver uma intervenção educacional dirigida aos doentes oncológicos de cabeça e pescoço no planeamento da alta e avaliar o efeito da intervenção na satisfação dos doentes
Desenho do Estudo e Metodologia	Estudo quasi- experimental e Revisão da literatura
Nível de Evidência	Nível II
Fenómeno de Interesse	Intervenções de enfermagem, no planeamento da alta, para atender às necessidades de informação dos doentes oncológicos de cabeça e pescoço
Resultados/Conclusões	<p>Os doentes oncológicos experienciam alterações significativas nos seus hábitos de vida, após a alta, sendo, por isso, importante fornecer informações para prepará-los para o regresso a casa.</p> <p>As necessidades de informação dos doentes oncológicos de cabeça e pescoço, estão maioritariamente relacionadas com os problemas da esfera física (respiração, deglutição, mastigação, alteração do olfato e paladar, capacidade para falar), financeira, social,</p>

	<p>emocional e efeitos secundários do tratamento.</p> <p>Os doentes preferem receber informações verbais e escritas e querem ser informados no momento e local certo e por um profissional que sustente a sua prática, numa prática individual dos cuidados.</p> <p>Informar o doente acerca das eventuais complicações que possam ocorrer assume uma grande importância nos doentes oncológicos de cabeça e pescoço.</p> <p>No artigo é apresentado um instrumento de educação (<i>checklist</i>) com os principais tópicos de ensino a abordar ao doente oncológico de cabeça e pescoço no planeamento da alta, tendo por base, um documento escrito com um conjunto de instruções para estruturar o ensino dirigido aos profissionais de saúde.</p> <p>É sugerido que as intervenções de enfermagem sejam as mais adaptadas às necessidades dos doentes e, nesse sentido, é importante avaliar a necessidade de informação dos doentes e fornecer as informações de acordo com essa avaliação.</p> <p>Para avaliar os efeitos da intervenção sobre as necessidades de informação dos doentes oncológicos de cabeça e pescoço e o seu nível de satisfação com a informação, foram separados dois grupos, um de controlo e um de intervenção.</p> <p>No grupo de controlo as informações disponibilizadas ao doente eram determinadas pela própria enfermeira, na sua maioria no momento da alta e com recurso à carta de alta. Em relação ao grupo de intervenção, as informações eram disponibilizadas através de uma intervenção educativa estruturada, com recurso aos</p>
--	---

	instrumentos de educação desenvolvidos, e os enfermeiros tinham formação para o efeito. Contudo verificou-se que esta intervenção não teve efeito significativo sobre as necessidades de informação e não teve qualquer efeito sobre o nível de satisfação com a informação, necessitando de ser investigado num grupo maior de doentes.
--	--

Mapear os resultados

De acordo com a análise dos artigos selecionados destacaram-se aspetos essenciais das intervenções de enfermagem, no âmbito educacional, na capacitação para o autocuidado da pessoa com doença oncológica sob tratamento antineoplásico, em particular, a pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço sob quimiorradioterapia. Neste seguimento, é evidenciada a educação do doente, os fatores influenciadores da educação, as estratégias educacionais (que incluem os instrumentos educacionais, o envolvimento do doente, família e cuidadores e o *follow-up*) e os componentes educacionais.

1. Educação do doente

A educação do doente é reconhecida como um dos domínios essenciais na administração segura de tratamentos antineoplásicos, pela American Society of Clinical Oncology and the Oncology Nursing Society (Neuss,2016).

Educar para a auto-gestão do doente, continua a ser uma prioridade no tratamento de doentes oncológicos e é essencial para a literacia em saúde, ou seja, para a evolução de competências e aptidões necessárias, permitindo a compreensão, avaliação e utilização de informações e conceitos que permitam ser capaz de tomar decisões informadas e conscientes. Assim, segundo Sobecki-Ryniak & Krouse (2013), educar o doente através de medidas promotoras das capacidades de autocuidado tem mostrado um impacto positivo na adaptação à doença e tratamento, melhorando a qualidade de vida.

2. Fatores influenciadores da educação

Diversos foram os fatores identificados pelos autores como determinantes na capacidade para a aprendizagem, estando estes relacionados com o próprio doente, doença, tratamento e ainda com o sistema de cuidados e a equipa de cuidados de saúde.

O cancro de cabeça e pescoço é um processo de doença que ocorre de forma visível. A própria doença, muitas vezes, altera a estrutura, função e aparência da região da cabeça, pescoço e face podendo potencialmente causar desfiguração e disfunção. Como tal, frequentemente os doentes oncológicos de cabeça e pescoço experimentam dificuldades no autocuidado devido a problemas de aceitação do diagnóstico, de adaptação e da gestão da doença (Sobecki-Ryniak & Krouse, 2013).

As pessoas diagnosticadas com cancro de cabeça e pescoço são afetadas pela doença, tratamentos e pelo seu impacto nas atividades de vida diárias que, conseqüentemente, interferem no *self* da pessoa, na capacidade de lidar com as situações e na qualidade de vida (Sobecki-Ryniak & Krouse, 2013).

O cancro de cabeça e pescoço abrange grupos socioeconómicos mais desfavorecidos, relacionando-se diretamente com o grau de literacia. O grau de literacia tem influência na capacidade para compreender a informação, assim verifica-se que quanto menor o grau de literacia menor o conhecimento e a capacidade para adquiri-lo (Wilson, Mood & Nordstrom, 2013). Segundo o mesmo autor, a incapacidade de compreender aumenta a ansiedade, acaba por limitar a comunicação com os profissionais de saúde e pode resultar em atrasos no diagnóstico e tratamento e menores taxas de adesão.

Um diagnóstico de cancro induz altos níveis de ansiedade afetando, muitas vezes, a capacidade do doente em reter informações sobre a sua doença, tratamento e controlo de sintomas. Assim, verifica-se que durante os tratamentos, especialmente no primeiro tratamento, os doentes encontram-se ansiosos e oprimidos com dificuldades em reter a informação transmitida (Portz & Johnston, 2014).

No decurso do tratamento, os doentes experimentam dificuldade de acesso aos prestadores de cuidados devido a um aumento significativo do número de doentes a realizar tratamentos antineoplásicos e às exigências para a eficiência (Pedersen,

Koktved & Nielsen, 2012) e quanto aos enfermeiros, estes sentem-se limitados na satisfação das necessidades de ensino relacionada, em grande parte, com os constrangimentos temporais e recursos limitados (Portz & Johnston, 2014). Por estas razões, os doentes expressam sentir dificuldades de comunicação, sobrecarga de informação estando esta pouco adequada às necessidades individuais, centrando o ensino mais sobre a doença e tratamento e menos sobre autogestão e coping para lidar com a doença e os efeitos secundários do tratamento em casa (Pedersen, Koktved & Nielsen, 2012). Para além disso, Dalby et al (2013), reconhece que cada enfermeiro aborda a educação do doente de forma diferente, pelo que não existe uma abordagem padronizada e sistematizada, comprometendo a qualidade do ensino e satisfação do doente.

De acordo com o acima referido, compreende-se que uma avaliação cuidadosa dos fatores que influenciam a aprendizagem é fundamental para o desenvolvimento de estratégias que tornem a educação mais eficaz e promovam intervenções mais ajustadas às necessidades individuais dos doentes, contribuindo para um plano de ensinos individualizados minimizador do sofrimento do doente e promotor do autocuidado (Pedersen, Koktved & Nielsen, 2012).

O enfermeiro deve ter um olhar crítico sobre como transmite a informação e como fomenta o *empowerment* do doente e ainda deve estar consciente da importância da comunicação, identificando oportunidades e providenciando ferramentas que promovam essa comunicação, pois estes aspetos influenciam o envolvimento do doente no processo de tratamento (Pedersen, Koktved & Nielsen, 2012).

Segundo Portz & Johnston (2014), o enfermeiro deve continuar a avançar na procura de encontrar formas efetivas de educar sobre o diagnóstico, tratamento e controlo dos sintomas e tomar consciência de como os seus padrões de comportamento afetam o processo de aprendizagem.

3. Estratégias educacionais

A educação, acompanhada de uma relação de confiança e de colaboração entre o doente e o enfermeiro é particularmente importante antes do início do tratamento, estimulando a sua capacidade e vontade de aprender do doente (Pedersen, Koktved & Nielsen, 2012). A relação deve assentar em princípios como

empatia, respeito, escuta ativa, disponibilidade temporal e presença, bem como, apoio, desenvolvimento e promoção da esperança (Pedersen, Koktved & Nielsen, 2012).

Segundo o autor acima mencionado, as metodologias de ensino são mais eficazes quando os profissionais de saúde se concentram mais nas experiências, recursos e necessidades do indivíduo. Van der Meulen et al (2012) afirmam ainda que a metodologia do ensino deve ser individualizada, evitando a uniformização dos ensinamentos. Como tal, quando esta procura basear-se nas preferências do doente é mais bem-sucedida, potenciando a motivação do doente em aprender e participar no processo de tratamento (Pedersen, Koktved & Nielsen, 2012).

As capacidades cognitivas do doente determinam a capacidade para ler, compreender e seguir as recomendações dos profissionais de saúde e a sua avaliação é importante pois interfere na forma como o doente segue o regime de tratamento proposto. Assim, a metodologia de ensino deve ser adequada ao doente, tendo em consideração as barreiras de aprendizagem identificadas (Dalby et al, 2013).

A padronização do processo educativo tendo em conta a sistematização da informação e a priorização da mesma evita variações do ensino, o que contribui para melhor compreensão e satisfação do doente (Dalby et al, 2013).

Repartir o ensino em diferentes momentos temporais é uma metodologia que permite estruturar o ensino, avaliar o nível de compreensão do conteúdo educativo chave e reavaliar as necessidades educacionais reforçando os conteúdos necessários. Esta abordagem contribui para reter a informação importante de forma faseada e ajustada às diferentes fases do processo de tratamento, e, desta forma, evita uma sobrecarga de informação (Dalby et al, 2013).

3.1. Instrumentos educativos

Os materiais educacionais dirigidos ao doente devem ser os mais simples possíveis de forma a facilitar a assimilação da informação e evitar potenciais dúvidas ou confusão para o doente (Dalby et al, 2013).

A informação não deve ser só apresentada verbalmente, mas também de forma escrita, através do fornecimento de material educacional escrito. As

informações por escrito devem ser precisas, relevantes, atraentes e apropriadas ao leitor (Wilson, Mood & Nordstrom, 2013).

Wilson, Mood & Nordstrom (2013) afirma que apesar do aparecimento das tecnologias, no paradigma da saúde, com recurso a estratégia multimédia (módulos de aprendizagem por WEB ou CD-ROM ou vídeos), os materiais escritos ainda continuam a ser utilizados como uma ferramenta primária para informar e educar os doentes.

Portz & Johnston (2014), propõem o uso de uma ferramenta educacional elaborada pela National Quality Forum, que fornece sugestões de como realizar a educação através de uma estrutura que assegura quem deve ser incluído no ensino, os aspetos a serem levantados para a identificação das necessidades individuais do doente, os conteúdos principais a abordar, o material educativo a ser utilizado e a sua forma de aplicação e, por último, a validação da compreensão do ensino realizado.

Dalby et al (2013) sugere a *checklist* como uma ferramenta de suporte educacional. Esta *checklist* foi elaborada pelo Dana-Farber Cancer Institute e inclui quatro grandes tópicos de ensino: Informação do doente, regime de tratamento, conteúdos a abordar (como e o quê) e recursos para o doente.

Van der Meulen et al (2012), desenvolveu uma intervenção educacional dirigida aos doentes oncológicos de cabeça e pescoço durante o planeamento da alta. Esta inclui uma *checklist* de planeamento da alta e é utilizada como uma ferramenta facilitadora na abordagem aos principais tópicos de ensino ajustados à população-alvo.

3.2. Envolvimento do doente, família e cuidadores

Segundo Wilson, Mood & Nordstrom (2013), cada vez mais os profissionais de saúde incentivam os doentes a se tornarem participantes ativos no seu processo de doença/ tratamento. Esta é uma estratégia utilizada pelos profissionais de saúde que pode contribuir para *outcomes* positivos (Mannix et al, 2012).

Para empoderar o doente e promover a adesão aos tratamentos recomendados, os profissionais de saúde devem transmitir informações ao doente ajustadas ao seu nível de compreensão e utilizá-las para tornar o doente mais informado sobre a sua saúde. As decisões informadas ocorrem quando os doentes

têm um entendimento claro da sua condição ou doença e compreendem os benefícios e riscos dos cuidados recomendados, bem como das alternativas de tratamento (Wilson, Mood & Nordstrom, 2013).

Segundo o mesmo autor, os doentes informados sentem uma sensação de controlo, lidam melhor com a incerteza em relação à sua saúde, tendem a seguir os planos de cuidados com um maior grau de proximidade e recuperam mais rapidamente. Neste sentido, torna-se claro que os doentes informados são mais suscetíveis de estarem ativamente envolvidos nos cuidados de saúde.

Para além do envolvimento do doente, Portz & Johnston (2014) consideram que o envolvimento da família/cuidador é um dos requisitos para a educação do doente e entendem que este pode ajudar no reforço da informação educacional. E, ainda, Sobecki-Ryniak & Krouse (2013) recomendam que o ensino em torno do momento do diagnóstico e do início do tratamento inclua não só o doente mas também a sua família/cuidadores.

3.3. *Follow-up*

Segundo, Portz & Johnston (2014) e Lambertz et al (2010), o *follow-up* constitui um componente importante na educação do doente que contribui para a continuidade de cuidados e permite um acompanhamento do doente, com espaço para esclarecimento de dúvidas e preocupações, validação e reforço ou reajuste das recomendações sobre o regime de tratamento e ainda o despiste de eventuais complicações.

Portz & Johnston (2014) sugerem que este *follow-up* seja telefónico e que se realize 48h a 72h após a realização do tratamento. Lambertz et al (2010), mencionam os dois tipos de *follow-up*, destacando a importância de um acompanhamento no mínimo semanal (pode ser num intervalo inferior se necessário) e recomenda-o principalmente até às primeiras quatro semanas após o tratamento.

4. Componentes educacionais

Dalby et al (2013), corroborado por Portz & Johnston (2014), apontam como importante a educação do doente sobre a doença e o tratamento proposto, os seus

riscos e benefícios, os efeitos secundários comuns e o seu controlo, o esquema medicamentoso, quando deve contactar o profissional da saúde e quais os contactos e ainda os recursos comunitários de apoio ao doente.

Os enfermeiros assumem a responsabilidade de uma educação eficaz que preencha todos os pontos-chave acima indicados, pois só assim os doentes conseguem desenvolver habilidades para assumirem medidas promotoras de autocuidado (Wilson, Mood & Nordstrom, 2013).

4.1. Regime de tratamento

O regime de tratamento é considerado por Dalby et al (2013) como um dos primeiros focos da educação quando o tratamento antineoplásico é proposto e os ensinamentos ao doente devem contemplar qual o tipo de tratamento, os objetivos do mesmo e o esquema de tratamento.

Particularizando, para os doentes oncológicos de cabeça e pescoço, os tratamentos incluem cirurgia, radioterapia, quimioterapia ou uma eventual concomitância (Sobecki-Ryniak & Krouse, 2013).

Atualmente, a quimiorradioterapia concomitante tem sido adotada pelo benefício na taxa de sobrevivência global destes doentes, contudo potencia a toxicidade aguda (Lambertz et al, 2010).

4.2. Prevenção e controlo dos efeitos secundários

Lambertz et al (2010) refere que é essencial a intervenção do enfermeiro em articulação com uma equipa multidisciplinar para uma avaliação inicial minuciosa, educação e introdução de recursos disponíveis na prevenção e controlo dos efeitos secundários.

Wilson, Mood & Nordstrom (2013) afirmam que as intervenções de enfermagem que facilitam o controlo dos efeitos secundários têm sido associadas ao aumento de medidas de autocuidado por parte do doente, especialmente quando se utiliza a educação para abordar os potenciais efeitos secundários, a forma de os controlar e tratar e permitam ainda saber quando devem ser reportados à equipa de saúde. Assim, informar os doentes, colocar perguntas específicas sobre os efeitos secundários, valorizar os efeitos secundários reportados pelos doentes é importante

pois os doentes podem não saber como reconhecer os efeitos adversos ou sentirem inibição em abordar o assunto. Ajuda-os ainda a melhor compreenderem a importância de comunicarem precocemente os efeitos secundários, impedindo que estes escalem rapidamente (Pedersen, Koktved & Nielsen, 2012).

Lambertz et al (2010) debruçaram-se especificamente sobre os tratamentos antineoplásicos dos doentes oncológicos de cabeça e pescoço e afirma que as consequências dos efeitos secundários destes tratamentos resultam, muitas vezes, em reinternamentos, atrasos ou interrupções do tratamento repercutindo-se no controlo loco-regional e nas taxas de sobrevivência, causando impacto na qualidade de vida do doente.

As toxicidades agudas da radioterapia mais presentes pela concomitância com a quimioterapia são principalmente a mucosite e dermatite exacerbada pela xerostomia. As consequências destes efeitos secundários incluem dor, disfagia, odinofagia, disgeusia, náuseas, vômitos, perda de apetite, perda de peso, desidratação, infeção e fadiga (Lambertz et al, 2010).

A duração destas toxicidades é também superior, e somam-se a estes efeitos aqueles que são inerentes aos próprios regimes de quimioterapia, quer toxicidade hematológica como não hematológica, nomeadamente náuseas, vômitos, ototoxicidade e neurotoxicidade (Lambertz et al, 2010).

A avaliação do peso, dos sinais vitais, da integridade da pele e mucosas, sinais de infeção, controle de secreções, hidratação, náuseas, função intestinal e tratamento da dor, pode levar à deteção precoce de complicações nestes doentes (Lambertz et al, 2010).

Lambertz et al. (2010) referem que os doentes oncológicos de cabeça e pescoço devem receber ensinamentos sobre: cuidados orais, cuidados de higiene corporal, cuidados alimentares (incluindo os aspetos relacionados com náuseas, vômitos, diarreia e obstipação), atividade social, profissional e sexual. Neste sentido, o plano de ensino deve ajudar os doentes a compreender a importância de comunicarem precocemente os efeitos secundários, pois o seu precoce reconhecimento e resolução podem resultar numa experiência positiva por parte dos doentes, motivando-os a realizar mais ações de autocuidado (Wilson, Mood & Nordstrom, 2013).

4.2.1. Cuidados orais

Os doentes devem ser instruídos sobre as recomendações de higiene e cuidado oral. Para tal, o enfermeiro deve demonstrar e avaliar a compreensão do doente sobre como realizar a higiene oral diária, fornecer informações verbais e escritas sobre a manutenção da higiene oral no início do tratamento e ainda fornecer informações de contato e definir com o doente, família ou cuidador quando devem recorrer a atendimento médico imediato se desenvolverem as seguintes condições emergentes:

- Temperatura maior ou igual a 38 ° C, com a presença de manchas brancas, vermelhidão, odor fétido (possível infeção);
- Hemorragia com duração superior a 2 minutos (possível trombocitopenia);
- Incapacidade de comer ou beber líquidos durante mais de 24 horas (risco de desidratação);
- Aumento da dificuldade de deglutição (reflexo da gravidade dos sintomas);
- Dor não controlada da mucosa oral (reflexo da deterioração do estado do doente e da gravidade dos sintomas);

É também importante instruir o doente, família ou cuidador a contactar novamente a equipa de saúde se houver um agravamento da mucosite, caso instalada, ou de outras complicações que surjam (BC Cancer Agency, 2014).

Os cuidados orais passam por realizar a escovagem dos dentes com uma escova macia, para evitar traumatismos, num mínimo de quatro vezes dia (Lambertz et al, 2010) e ainda utilizar uma pasta de dentes rica em flúor com um sabor neutro pois os produtos aromatizados podem irritar as gengivas (BC Cancer Agency, 2014).

As lavagens orais ajudam a manter a boca húmida e limpa removendo os detritos, minimizando o risco de infeção oral (BC Cancer Agency, 2014).

Segundo a Multinational Association of Supportive Care in Cancer (MASCC, 2014) é recomendado o uso de solução salina normal (dissolver um quarto de colher de chá de sal em um copo de água) ou bicarbonato de sódio (dissolver um quarto de colher de chá de bicarbonato de sódio em um copo de água) como exemplos de colutórios suaves que podem ser úteis para a manutenção da higiene oral e conforto do doente.

É aconselhada a utilização de lubrificante para lábios à base de água para proteger os lábios e mantê-los húmidos (BC Cancer Agency, 2014).

Segundo BC Cancer Agency (2014), é importante não descuidar o cuidado a ter com as próteses dentárias. Como tal, deve-se remover próteses ou placas dentárias antes da higiene oral, escovar e enxaguar as mesmas após cada refeição e antes de dormir, colocá-las em solução de lavagem oral e enxaguar antes de as colocar novamente, não utilizar próteses dentárias pelo menos 8 horas diárias (por exemplo, no período noturno) e no caso de sensibilidade da mucosa oral, utilizá-las apenas durante a refeição.

Devido ao risco de infeção, os tratamentos dentários devem ser realizados antes de começar o tratamento antineoplásico ou exceccionalmente fora do período nadir do tratamento (com indicação médica).

4.2.2. Cuidados de higiene corporal

Os doentes oncológicos de cabeça e pescoço que recebem quimioradioterapia são particularmente vulneráveis a toxicidades cutâneas, podendo resultar em atrasos no tratamento e risco aumentado de infeção e dor. Como tal, a educação, o início precoce e o reforço dos cuidados à pele podem ser benéficos para minimizar a toxicidade cutânea (Mannix et al, 2012).

Atualmente, ainda não existe um consenso ou evidência sobre os protocolos de intervenção de cuidados à pele e de quais os produtos mais adequados (Mannix et al, 2012).

Segundo o mesmo autor, os cuidados recomendados na prevenção da toxicidade cutânea incluem os cuidados básicos à pele, para manter a pele húmida e hidratada, como a lavagem diária da pele com água morna e sabão neutro (sem esfregar), a aplicação de cremes recomendados (exceto dentro de quatro horas antes do tratamento de radioterapia) e proteger a pele do sol. Para além disso, referem os cuidados com a escolha de vestuário, optando por utilizar roupas de algodão, largas e respiráveis, bem como, toalhas macias para evitar lesões por fricção e atritos. Segundo BC Cancer Agency (2013) é importante alertar ao doente, família ou cuidador que o esfregar, arranhar e massajar a pele dentro da área de tratamento causa fricção e traumatismo e que o uso de um detergente suave para lavar a roupa também é recomendado.

Os doentes devem ser aconselhados a não utilizar produtos perfumados e que contenham álcool, pois estes podem possuir componentes químicos irritantes e induzir desconforto, e não utilizar cera ou cremes depilatórios, nem lâminas de depilação. Recomenda-se, nestes casos, a utilização de máquina de barbear elétrica (BC Cancer Agency, 2013).

De acordo com o mesmo autor, é ainda referida a importância de lavar o cabelo com água morna e champô suave, como o champô de bebé, evitar extremos de calor e frio e também a utilização de fita adesiva (como substituto optar por proteger com compressa, rede tubular ou roupas).

Pelo risco de infeção, recomenda-se banho diário com água morna, secar bem a pele (em especial as pregas cutâneas), lavar as mãos com frequência (especialmente antes de manusear alimentos, antes e depois de comer, nas idas à casa de banho e se tossir ou espirar na mão). Aconselha-se também utilizar um desinfetante anti séptico para as mãos (BC Cancer Agency, 2014).

Outro dos cuidados é a proteção solar, sendo importante instruir o doente para manter a área irradiada protegida da exposição solar e utilizar um protetor solar no mínimo de FPS 30.

4.2.3. Cuidados alimentares

Os doentes oncológicos de cabeça e pescoço sob tratamento com quimiorradioterapia têm um aumento da incidência de desnutrição relacionada com os efeitos secundários do tratamento (Lambertz et al, 2010).

Dor causada por mucosite oral, náuseas e problemas de deglutição podem resultar em incapacidade para satisfazer as necessidades nutricionais, provocar perda de peso e condicionar o processo de tratamento. Por estas razões, a alimentação enteral é comum nos doentes com cancro de cabeça e pescoço a realizar tratamentos antineoplásicos sendo necessário recorrer, por vezes, a entubação nasogástrica ou gastrostomia endoscópica percutânea (Lambertz et al, 2010).

De acordo com Lambertz et al (2010), as questões alimentares devem ser abordadas no início e ao longo do tratamento.

Neste seguimento, segundo BC Cancer Agency (2014), vários são os cuidados alimentares que o doente deve ter em consideração, tais como:

- Optar por suplementos nutricionais conforme necessário e, em particular, se o doente tiver sintomas que interferem com a ingestão ou absorção nutricional;

- De preferência, escolher refeições leves, em pequena quantidade, frequentes (5 a 6 x por dia) e em ambiente relaxante;

- Escolher alimentos de elevado teor proteico;

- Aumentar a ingestão de líquidos conforme tolerado;

- Se o cheiro dos alimentos diminuir o apetite ou contribuir para a náusea, escolher alimentos à temperatura ambiente, alimentos com odores suaves e evitar a cozinha durante a preparação da refeição.

No caso de náuseas/ vômitos, instruir o doente acerca da importância de manter uma adequada hidratação, de evitar alimentos condimentados (ácidos, picantes, salgados) e ainda de optar pelo fracionamento das refeições (BC Cancer Agency, 2014).

Na presença de mucosite, estimular o doente à ingestão diária de líquidos (de forma, a ajudar a manter a mucosa oral húmida), a adotar uma dieta equilibrada rica em proteínas selecionando alimentos macios, húmidos e suaves e a evitar alimentos secos, picantes, ácidos, quentes, ricos em açúcar, pois podem promover o aparecimento de cáries dentárias, e ainda o consumo de cafeína, álcool e tabaco (BC Cancer Agency, 2014).

As instruções sobre a dieta, na presença de diarreia, devem incluir o ensino sobre o aumento de ingestão de líquidos, dieta pobre em fibras, dieta com alimentos cozinhados e sem especiarias (BC Cancer Agency, 2014).

Na presença de obstipação, incentivar a aumentar a ingestão de fibras e o reforço da hidratação diária. Neste caso, a associação com o exercício físico pode trazer benefícios, se indicado (BC Cancer Agency, 2014).

O doente deve estar informado sobre os cuidados alimentares a ter pelo risco de infeção. Estes são: lavar todas as frutas e legumes frescos cuidadosamente, evitar carnes cozidas cruas ou raras, frutos do mar, ovos e ainda bebidas ou queijos não pasteurizados (BC Cancer Agency, 2014).

Quando ocorre descontrolo sintomático, apesar das estratégias recomendadas, o doente deve ter instruções claras para contactar o profissional de saúde ou recorrer ao serviço de saúde (BC Cancer Agency, 2014).

4.2.4. Atividade social, profissional e sexual

Os tratamentos antineoplásicos afetam intimamente o doente, nomeadamente nas áreas económicas, psicológicas e sociais, incluindo as relações pessoais e a sexualidade (Lambertz et al, 2010).

O doente oncológico de cabeça e pescoço experimenta problemas, como atividade social reduzida ou funcionamento, stress emocional, preocupação com o trabalho e relações interpessoais, e falta de autoconfiança. Para além disso, sente-se envergonhado pela sua voz e aparência, experimentando solidão e vivendo na incerteza sobre o sucesso do tratamento. Outra área destacada são os problemas financeiros que se relacionam com os custos de saúde e / ou redução da capacidade física para a atividade profissional (Van der Meuller et al, 2012).

Por estas razões, os doentes manifestam o desejo de abordar as questões relacionadas com a capacidade de trabalho, questões financeiras, apoio emocional e social (Van der Meuller et al, 2012).

A atividade sexual é uma das áreas pouco exploradas pelos enfermeiros mas é considerada importante pois tem um contributo essencial no bem-estar da pessoa (Lambertz et al, 2010).

O recurso às bases comunicacionais e a uma abordagem estruturada na apresentação das informações são estratégias para abordar a atividade sexual com o doente/parceiro (BC Cancer Agency, 2014).

Os enfermeiros devem discutir com o doente os efeitos sexuais colaterais comuns dos tratamentos antineoplásicos. Neste sentido, devem ser incluídas no ensino as alterações sexuais e as suas razões, nomeadamente, os sintomas físicos (perda temporária ou permanente da função ovariana e testicular, resultando em infertilidade para ambos, sintomas prematuros da menopausa para as mulheres, diminuição da libido e da lubrificação, entre outros) que podem alterar o conforto, o interesse, o desejo e a capacidade do doente em se envolver em atividades sexuais (por exemplo, fadiga, dor, dispneia, náusea), o distúrbio psicológico (por exemplo, ansiedade, depressão, medo, incerteza) que pode diminuir a energia, a capacidade

de se concentrar e relaxar e ainda alterações de mobilidade (BC Cancer Agency, 2014).

O foco na segurança, particularmente na prevenção da gravidez, protegendo os doentes da infeção e evitando a exposição do parceiro à quimioterapia, através de fluidos corporais, são outros aspetos fundamentais a serem incluídos no plano de ensino (BC Cancer Agency, 2014).

IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

Ao pensar em necessidades de saúde não será possível ter como único foco o tratamento inerente à doença oncológica. É pertinente ter em consideração o significado de doença, a experiência psicossocial e o significado da vivência da doença para intervenções de enfermagem mais ajustadas às necessidades da população. Assim, no âmbito da oncologia, a tomada de consciência da multiplicidade de necessidades do doente oncológico poderá ser o percursor do desenvolvimento e melhor adequação das respostas. Assim, segundo a Direção Geral da Saúde “obter-se-ão mais facilmente ganhos em saúde se existir melhor adequação entre as necessidades de saúde e as respostas dos serviços e se existir melhor relação entre os recursos existentes e resultados obtidos” (DGS, 2015, p. 15).

A educação é crucial no campo da capacitação para o autocuidado, mas também no que respeita ao controlo de sintomas, manutenção da qualidade de vida e bem-estar. Assim sendo, os resultados obtidos poderão acentuar a pertinência de planejar, desenvolver e implementar intervenções de enfermagem nesta área, com vista a contribuir para a prestação de cuidados de saúde de excelência, baseada na melhor evidência disponível.

A investigação também deve ser uma atividade inerente à prática de enfermagem, tendo em vista o desenvolvimento, melhoria, inovação e mensuração dos ganhos em saúde. Deste modo, acredito que a assunção plena destes princípios pode transportar um grande desafio para os diversos contextos de prática clínica.

CONCLUSÃO

Esta revisão scoping evidencia a complexidade das intervenções de enfermagem dirigidas ao doente oncológico, com vista à sua capacitação para o autocuidado, particularmente, o doente oncológico de cabeça e pescoço submetido a tratamento antineoplásico com quimioradioterapia.

O tratamento antineoplásico é gerador de profundas mudanças na vida diária do doente e sua família, exigindo que estes sejam capazes de se adaptar e de desenvolver habilidades promotoras de autocuidado. Como tal, é imprescindível um envolvimento do próprio doente, família/ cuidadores mas também dos enfermeiros nos cuidados para facilitar as tomadas de decisão conscientes e informadas.

A educação para o doente, apesar de ser reconhecida como uma das áreas prioritárias, ainda apresenta lacunas que impedem a eficiência e a qualidade das práticas.

O enfermeiro, pela sua inegável proximidade com o doente e família/cuidadores, pode contribuir para melhorar a qualidade na capacitação para o autocuidado através de um suporte educacional contínuo e adequado às suas necessidades e da implementação de estratégias, como a criação de programas, instrumentos, o *follow-up* e ainda no fornecimento de ferramentas que possam ser utilizadas pelo doente no regresso a casa. Contudo, também não deve ser descurada a importância do papel do enfermeiro na identificação e resolução de barreiras à aprendizagem e na prevenção e controlo dos efeitos secundários do tratamento.

O desenvolvimento de uma relação de parceria entre enfermeiro-doente e a individualização nos cuidados são facilitadores de uma otimização das intervenções educacionais, sendo estas impulsionadoras da qualidade de vida do doente.

Por tudo o que foi acima referido, considera-se que esta revisão scoping foi ao encontro de práticas baseadas na evidência científica que, sem dúvida, constituem uma mais-valia para a qualidade dos cuidados prestados aos doentes oncológicos de cabeça e pescoço a realizar tratamento antineoplásico com quimioadioterapia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BC Cancer Agency. Acedido a: 20/11/2016. Disponível em: <http://www.bccancer.bc.ca/health-professionals/professional-resources/nursing/symptom-management>.

Conselho Internacional de Enfermeiras. (2005). *CIPE/ICNP – Classificação internacional para a prática de enfermagem: Versão Beta 2*. (Associação Portuguesa de Enfermeiros, Ed.) (3a ed.). Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.

Dalby, C., Nesbitt, M., Frechette, C., Kennerley, K., Lacoursiere, L., Buswell, L. (2013). Standardization of initial chemotherapy teaching to improve care. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 17(5), 472-475. doi: 10.1188/13.CJON.472-475.

Direção Geral da Saúde. (2015). *Plano nacional de saúde 2012-2016. Revisão e extensão a 2020*. DGS, 1-38. Acedido a 10/06/2016. Disponível em: <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>.

Ferreira, P., Mendes, A., Fernandes, I., & Ferreira, R. (2011). Tradução e validação para a língua portuguesa do questionário de planeamento para a alta (PREPARED). *Revista de Enfermagem Referência*, 3ª Série (10), 121-133.

The Joanna Briggs Institute (2015). Joanna Briggs Institute reviewers' manual, The Joanna Briggs Institute. Acedido a 10/1/2017. Disponível em: <https://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/Reviewers-Manual Methodology-for-JBI-Scoping-Reviews 2015 v2.pdf>.

Lambertz, C., Gruell, J., Robenstein, V., Mueller-Funaiole, V., Cummings, K., Knapp, V. (2010). NO STOPS. Reducing treatment breaks during chemoradiation for

head and neck cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 14(5), 585-593. doi: 10.1188/10.CJON.585-593.

Mannix, C.M., Bartholomay, M.M., Doherty, C.S., Lewis, M., Bilodeau, M.C. (2012). A feasibility study of low-cost, self-administered skin care interventions in patients with head and neck cancer receiving chemoradiation. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 16(3), 278-285. doi: 10.1188/12.CJON.278-285.

MASCC (2014). How to care for yourself during head and neck radiation. Acedido a: 20/11/2016. Disponível em: http://www.mascc.org/assets/StudyGroups/oralcare/en_head_neck_duringradiation.pdf.

Neuss, M. N., Gilmore, T. R., Belderson, K.M., Billett, A.L., Conti-Kalchik, T., Harvey, B.E.,...Hendricks, C. (2016). Updated American Society of Clinical Oncology/Oncology Nursing Society chemotherapy administration safety standards, including standards for pediatric oncology. *Journal of Oncology Practice*, 12(12), 1262-1271. doi: 10.1200/JOP.2016.017905.

Newhouse, R., Dearholt, S., Poe, S., Pugh, L., & White, K. (2005). *The Johns Hopkins evidence-based practice rating scale*. Baltimore: The Johns Hopkins University School of Nursing /The Johns Hopkins Hospital.

Orem, D. (2001). *Nursing. Concepts of Practice*. 6ª edição. Mosby. St. Louis.

Pedersen, B., Koktved, D.P., Nielson, L.L. (2012). Living with side effects from cancer treatment. A challenge to target information. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 715-723. doi: 10.1111/j.1471-6712.2012.01085.x.

Pereira, M., & Lopes, C. (2005). *O doente oncológico e a sua família*. Lisboa: Climepsi.

Petronilho, F. (2012) *Autocuidado. Conceito central da enfermagem*. Coimbra. Formasau.

Portz, D., Johnston, M. (2014). Implementation of an evidence-based education practice change for patients with cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 18 (5), 36-40. doi: 10.1188/14.CJON.S2.36-40.

Sobecki- Ryniak, D., Krousse, H. (2013). Head and neck cancer. Historical evolution of treatment and patient self-care requirements. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 17 (6), 659-663. doi: 10.1188/13.CJON.659-663.

Van Der Meulen, I.C., Leeuw, J.J., Gamel, C.J., Hafsteinsdóttir, T.B. (2012). Educational intervention for patients with head and neck cancer in the discharge phase. *European Journal of Oncology Nursing*, 17, 220-227. doi: 10.1016/j.ejon.2012.05.007.

Wilson, F., Mood, D., Nordstrom, C.K. (2013). The influence of easy-to-read pamphlets about self-care management of radiation side effects on patients' knowledge. *Oncology Nursing Forum*, 37(6), 774-781. doi: 10.1188/10.ONF.774-781.

Apêndice V – Reflexão crítica segundo Ciclo de Gibbs de uma situação de cuidados
no contexto de estágio A



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

7º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Vertente Oncológica

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Reflexão Crítica

Docente:

Prof.^a Eunice Sá

Enfermeira orientadora:

Enf^a Carina José

Discente:

Selma Machado Nº 6769

Lisboa

Outubro de 2016

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	3
1. DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO	4
1.1. Sentimentos e pensamentos	10
1.2. Avaliação	10
1.3. Análise.....	11
1.4. Conclusão.....	13
1.5. Planear a ação	14
CONCLUSÃO.....	15
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	16

INTRODUÇÃO

A enfermagem é a arte do cuidar, pois além de procurar atender à cura, quando é possível, procura acima de tudo atender a pessoa na sua globalidade, numa tentativa de compreensão da pessoa na sua plenitude, visando o seu bem-estar, respeitando a sua dignidade, os seus valores, liberdade e individualidade. De acordo com Collière (1999), é a atenção singular prestada à pessoa de quem cuidamos que enaltece o sentido atribuído aos cuidados de enfermagem e que permite desenvolver intervenções que promovam a saúde e consequentemente previnam a doença.

Assim, cuidar da pessoa transcende a perspetiva do enfermeiro, como meramente executor de tarefas, surgindo numa dimensão mais holística dos cuidados, encarando assim a pessoa como um ser único detentor de dignidade, autonomia e liberdade.

Ao longo do estágio houve oportunidade de conhecer inúmeras histórias de vida de pessoas com doença oncológica e de entre tantas situações enriquecedoras vivenciadas neste contexto, fez sentido abordar a da D^a. Maria (heterónimo escolhido para salvaguardar o seu anonimato), por considerar que o contributo da análise reflexiva da sua situação traria conhecimentos acerca do processo educativo, desenvolvendo a capacidade de articular esses conhecimentos com a prática, permitindo assim o desenvolvimento pessoal e profissional.

Foram estabelecidos como principais objetivos: refletir sobre uma situação clínica e identificar contributos que forneçam bases sólidas para posterior utilização no projeto.

Ao longo desta reflexão crítica será descrita a situação vivenciada e proceder-se-á à sua análise de uma forma crítica de acordo com as etapas do ciclo reflexivo de Gibbs.

1. DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO

A D^a. Maria é uma senhora de 83 anos de idade, do sexo feminino e raça caucasiana. Viúva, com 5 filhos e 2 netos. Trabalhou toda a vida como doméstica e atualmente está reformada.

Natural e residente em Tavira. Vive com 1 filho de 52 anos, que se encontra atualmente desempregado.

É católica e refere que todos os domingos vai à Igreja. Diz ser uma pessoa de fé e que a sua crença é que a ajuda e lhe dá força para ultrapassar as dificuldades da vida.

Tem o 4º ano de escolaridade. Consegue ler com alguma dificuldade e sabe escrever, referindo que um dos maiores prazeres é escrever poesia.

Tem uma filha residente em Lisboa que é considerada a pessoa significativa que a irá acompanhar no período pós alta, visto residir em Lisboa e a família nuclear da doente residir no Algarve. Contudo, a atividade profissional que exerce impede-a de colaborar mais ativamente.

Em Setembro de 2013, a D^a. Maria começou por apresentar queixas de dor ao nível da língua e disfagia, com 1 mês de evolução. Nessa altura recorreu ao Hospital de Faro, tendo sido observada pela consulta de Otorrinolaringologia. Realizou diversos exames que se revelaram sugestivos de malignidade. Por esse motivo, em Outubro de 2013, foi referenciada ao Hospital especializado em Oncologia, onde se confirmou o diagnóstico de Carcinoma adenóide cístico (terço posterior direito) da língua (estadio T3N0).

No caso da D^a. Maria, decorrente da reunião multidisciplinar, a decisão terapêutica foi realizar tratamento com Radioterapia, que decorreu entre Dezembro de 2013 a Janeiro de 2014, sem intercorrências significativas e com uma boa resposta. Posteriormente manteve-se em consultas de *follow-up* até Junho de 2016.

Em Junho de 2016, foi observado um aumento de volume na base da língua e, nesse seguimento, foi realizado uma RMN maxilo-facial, que foi compatível com suspeita de recidiva local. Por essa razão foi realizada a tentativa de efetuar citologia aspirativa de agulha fina (CAAF) como forma de comprovar o diagnóstico, contudo sem sucesso. Nesse contexto, surgiu uma reunião multidisciplinar tendo sido proposta a realização de uma biópsia da lesão da base da língua, em bloco

operatório, e caso o resultado se confirmasse positivo para malignidade realizar nesse momento cirurgia com hemiglossectomia direita, extração dentária total e traqueotomia.

Como tal, a D^a. Maria foi internada no contexto acima referido.

A hospitalização, como consequência da doença, aumenta os sentimentos de ansiedade e medo e, no caso destes doentes oncológicos esses sentimentos serão agravados pelas dúvidas e incertezas do sucesso do tratamento, bem como, pelo receio e medo face ao prognóstico e qualidade de vida (Moreira, Castanheira & Reis, 2003). Assim, o momento do acolhimento de enfermagem assume-se assim de extrema importância no decorrer de todo o processo de evolução da doença, pois afigura-se ser determinante na facilidade ou dificuldade do posterior relacionamento e adaptação do doente/família à sua nova situação.

O processo de acolhimento de enfermagem foi realizado pela enfermeira coordenadora do serviço, onde foi apresentado o espaço físico da unidade e explicado à D^a. Maria a cirurgia proposta, bem como, os efeitos decorrentes ao tratamento proposto.

A postura inicial da D^a. Maria demonstrava receio, evidenciando uma atitude de aparente desconfiança, sem questionar aquilo que lhe ia sendo transmitido. Neste sentido, é de extrema importância que o enfermeiro, que está em posição privilegiada, perceba qual a quantidade de informação que o doente é capaz de suportar naquele momento e perceber quando o doente não entendeu o verdadeiro significado da mensagem e o ajudar dando as explicações necessárias (Martins, 2008).

Houve a oportunidade de acompanhar a D^a. Maria durante o período de internamento, desde a fase pós -operatória até ao momento da alta. O primeiro contacto com a D^a. Maria deu-se no primeiro dia de pós- operatório, encontrando-se ainda na Sala de Recuperação.

A intervenção cirúrgica proposta, que consistia na hemiglossectomia direita com extração dentária total e traqueotomia, acabou por se realizar devido à biópsia ter sido reveladora de recidiva de carcinoma da língua.

Em relação a este tipo de cirurgia, verifica-se algumas situações em que é possível a excisão localizada, contudo ainda muitos dos procedimentos são radicais e envolvem extensas resseções. Os exemplos incluem a mandibulectomia parcial, a

remoção parcial (hemiglossectomia) ou total (glossectomia) da língua e as ressecções do pavimento da boca ou da mucosa oral. Nestas cirurgias é frequente o edema acentuado da região cervicofacial e para proteção das vias aéreas da pessoa a realização de uma traqueotomia provisória é quase sempre certa (Henriques & Pereira, 2006).

As consequências das áreas excisadas são muitas vezes a perda da capacidade de falar, ou seja, a pessoa apenas comunica por mimica labial e gestual pela presença de traqueotomia provisória, bem como, a dificuldade na deglutição pelas alterações anatómicas na boca. Assim, compreende-se que os tumores malignos da cabeça e do pescoço apesar de representarem apenas 7% de todos os tumores, têm uma importância relativa muito grande, quer pelas repercussões estéticas que acarretam, quer pelos transtornos funcionais associados a esses tumores e respetivos tratamentos, tornando-se deste modo um desafio para todos os profissionais de saúde, incluindo os enfermeiros (Henriques & Pereira, 2006).

O papel do enfermeiro centra-se na capacitação e desenvolvimento das potencialidades da pessoa para o desempenho do seu autocuidado de forma autónoma, reconhecendo-a como agente participante do processo de saúde e de cuidar (Wilson, Mood & Nordstrom, 2013). Como tal, uma preparação adequada do regresso a casa, com um processo de ensino/aprendizagem sistematizado, gradual e adequado às características individuais da pessoa contribui para a segurança e adequação do desempenho do autocuidado no domicílio (Dalby et al, 2013).

De acordo com o acima exposto, foram iniciados, no decurso da fase pós-operatória e de forma progressiva, os ensinamentos com vista à adaptação e capacitação para o autocuidado e tendo em conta os défices de conhecimento a diversos níveis, nomeadamente, ao nível da capacidade para se alimentar (a D^a. Maria ser capaz de se alimentar pela SNG de forma autónoma), de realizar os cuidados orais (garantindo que a D^a. Maria seria capaz de realizar a sua higiene oral de forma autónoma e eficaz) e de comunicar (a D^a. Maria conseguir comunicar de forma não-verbal e conseguir relacionar-se com os outros por sua iniciativa). Estes foram os focos de atenção relacionados com as necessidades validadas pela D^a. Maria e sua filha (cuidadora).

Foram tidos em conta outros focos na prestação de cuidados, como por exemplo, a dor aguda relacionada com a cirurgia, a integridade cutânea relacionada

com a ferida cirúrgica, a autoimagem, bem como, o risco de infeção, hemorragia e dispneia.

No dia seguinte à cirurgia foram iniciados os ensinamentos em relação à alimentação por Sonda Nasogástrica (SNG). Ao administrar a dieta prescrita explicou-se que a presença da SNG para alimentação era transitória e promotora do processo cicatricial dos tecidos, tal como referido no ensino prévio à cirurgia, e explicou-se o procedimento de forma calma procurando captar a sua atenção e dando espaço ao esclarecimento de dúvidas. Para além disso, foi demonstrada a importância da administração de água entre as refeições e no final das mesmas pela SNG.

Ao longo dos dias, a D^a. Maria foi incentivada a alimentar-se de forma independente e propôs-se inicialmente o contacto com a SNG e seringa de alimentação. Reforçou-se também a importância da administração da totalidade das dietas e de uma correta hidratação, de acordo com a tolerância.

A D^a. Maria apesar do avançar da idade demonstrou interesse e uma capacidade para a aprendizagem e destreza na manipulação da SNG e da seringa de alimentação. Contudo, até ao momento da alta foi necessário sempre uma supervisão e o relembrar de alguns procedimentos. Foram realizados os ensinamentos também à filha, proporcionando-lhe espaço para praticar, por forma a apoiar a D^a. Maria até à autonomia.

No dia da alta, ao 10^o dia após a cirurgia, foi fornecida informação sobre os cuidados alimentares a ter no domicílio (com o apoio da nutricionista), sobre a data da próxima consulta e disponibilizado todo o material necessário para a alimentação por SNG até à data da consulta. Para além disso, foram reforçados os contactos da instituição para recorrer em caso de necessidade, disponibilizando um cartão com os principais contactos. Orem (2001,p.58) afirma que estas medidas de suporte permitirão que a pessoa se sinta capaz para controlar e dirigir as ações na situação de autocuidado, encorajando-a a iniciar ou perseverar no desenvolvimento de uma tarefa, pensar numa situação ou tomar uma decisão.

Os cuidados orais foram iniciados ao mesmo tempo que os relativos à alimentação. Começou-se por incentivar a D^a. Maria a cuidar da sua higiene oral 3 a 4 vezes durante o dia, utilizando uma técnica limpa e uma correta higienização das mãos (utilizando o colutório gengival sem álcool e posteriormente o gel bucal sem álcool com poder antisséptico e cicatrizante), demonstrando o procedimento na

primeira higiene oral e fornecendo o material para o efeito. Foi-lhe ensinado também a limpar a sialorreia e secreções, utilizando compressa entre os lábios se necessário e, nesse caso, substitui-la sempre que estiver molhada com o intuito das suturas operatórias se encontrarem o mais secas e limpas possíveis. Nos dias seguintes até à alta foi incentivado à D^a: Maria a fazê-lo de forma cada vez mais autónoma. A D^a. Maria conseguiu ser autónoma na limpeza das secreções, contudo para a higiene oral foi necessário relembrar diversas vezes, após as principais refeições, para o fazer. Como tal, foram aproveitados esses momentos para reforçar a sua importância na prevenção de infeções, como facilitadores da cicatrização e da halitose.

No dia da alta, na presença da filha, foi fornecido o material necessário a uma correta higienização oral e relembrados alguns aspetos essenciais para o efeito.

Em relação à comunicação, logo nas primeiras 24 horas após cirurgia, a D^a. Maria foi incentivada a comunicar, através de gestos e mímica labial o que pretendia transmitir, com os profissionais e família. Nesse momento, foi proporcionado um ambiente silencioso e adotada uma postura serena, lembrando que a comunicação verbal é afetada pois a cânula da traqueotomia encontra-se inserida no nível abaixo das cordas vocais, não existindo passagem de ar pelas mesmas de forma a criar som. Foi aproveitada essa altura para explicar as estratégias comunicacionais não- verbais, como a escrita, expressão facial e gestos. Para além disso, explicou-se que devia “falar” lentamente, de frente para quem se quer dirigir, e complementar a sua comunicação com linguagem não-verbal. À D.^a Maria foi explicado, também, que a cânula de traqueotomia iria permanecer alguns dias e que no momento oportuno iniciaria o treino respiratório com o objetivo de tolerar a respiração com a cânula tapada e, nesse caso, proceder-se à descanulação, permitindo-lhe assim comunicar verbalmente. Foi esclarecido também que nestes primeiros dias após a cirurgia seria comum a exteriorização de secreções, quer pela cânula quer pela boca, que inicialmente são predominantemente hemáticas e abundantes, mas que progressivamente diminuem até se tornarem nulas e com aspeto mucoso. Mostrou-se à D^a. Maria o sistema de aspiração, explicando que servia para aspirar as secreções presentes na cânula evitando a sua acumulação.

Numa fase inicial foi ensinado à D^a. Maria a tossir eficazmente e a limpar as secreções. Posteriormente foram ensinadas as técnicas de relaxamento/exercícios

de controlo respiratório até à fase de descanulação (a cânula foi retirada e os bordos da abertura aproximados para facilitar a cicatrização).

Após a fase de descanulação foi realizado ensino à D^a. Maria e sua filha sobre a importância de pressionar no local do penso da ex-traqueotomia para ajudar o local a encerrar mais facilmente, bem como, para comunicar corretamente.

No dia da alta a D^a. Maria foi com a capacidade comunicativa ainda dificultada pela cirurgia realizada e pela presença de sialorreia abundante. Foi, nessa altura, informada da possibilidade de articulação com o terapeuta da fala após recuperação cirúrgica.

Segundo Otto (2000) muitos dos doentes com cancro da cabeça e pescoço recusam, inicialmente, a cirurgia na tentativa de preservar ou manter a estética e a função, por isso, a autoimagem é muitas vezes referida pelos doentes como uma ameaça ao tratamento cirúrgico. Contudo no caso da D^a. Maria este aspeto nunca foi partilhado comigo ou com a equipa de enfermagem como um entrave ao mesmo ou como dificultador no seu processo de reabilitação.

Ao longo do período de internamento foi possível estabelecer uma relação empática e de confiança com a D^a. Maria, em que a disponibilidade para escutar foi muito evidente. Como tal, foi notório que a D^a. Maria foi demonstrando maior tranquilidade, sorrindo e até “brincando” comigo, utilizando expressões, tais como, “quando volta Sr.^a enfermeira?”, “obrigada por me ter explicado, agora sim consigo perceber”, “realmente tinha razão, eu estou a conseguir...”. e no dia da alta a doente disse “obrigado pelo apoio, foi muito importante para mim e fez-me acreditar que seria capaz”.

Com vista a promover a continuidade de cuidados foi disponibilizado o contacto telefónico do serviço e procedeu-se à marcação de consulta de enfermagem após uma semana do dia da alta. Em complemento foi entregue a carta de alta de enfermagem. Foi também solicitado o apoio da nutricionista de forma a preparar um plano alimentar adequado e foi programada consulta de enfermagem de seguimento.

1.1. Sentimentos e pensamentos

Senti satisfação por poder acompanhar a D. Maria durante todas as fases do período de internamento, podendo assim estabelecer uma relação empática com a mesma e, desta forma, mais facilmente conseguir mobilizar os diversos conhecimentos na capacitação para o autocuidado.

Os sentimentos experienciados foram diversos. Estes foram impulsionados pelas modificações pluridimensionais ocorridas com um profundo impacto a nível estético e funcional, bem como, emocional.

A relação estabelecida através da participação ativa nos cuidados contribuiu para identificar as principais necessidades e preocupações da D^a. Maria e consequentemente conseguir dar respostas ajustadas e eficazes.

Conforme refere Orem (2001), para que o processo de cuidados de enfermagem se desenvolva é primordial o estabelecimento de uma relação complementar com a pessoa alvo dos cuidados.

Nesta situação específica de cuidados encontra-se bem explícito o “poder da relação terapêutica no âmbito da recuperação”, e é este “ conhecimento que somente a experiência no terreno pode trazer” (Benner, 2001, p. 203).

Sinto que as competências adquiridas neste momento de aprendizagem permitiram-me superar as barreiras de comunicação e assim ter sido capaz de ajudar a D^a. Maria a ultrapassar este momento tão difícil.

O reconhecimento por parte da D^a. Maria, da importância dos cuidados prestados, foi sem dúvida gratificante e encorajador para continuar este percurso profissional, tendo como foco principal a capacitação para o autocuidado do doente e família, maximizando o seu bem-estar e satisfação, conforme preconizado por Orem (2001).

1.2. Avaliação

Considero a experiência profissional na área de oncologia um aspeto positivo e facilitador para identificar o processo de doença e as suas diversas etapas. Neste

sentido, permitiu compreender o comportamento adotado pela D^a. Maria e agir em concordância.

Um outro aspeto positivo foi o facto de me confrontar com uma situação de ensino na qual o doente e família estão presentes contribuindo na sua capacitação para o autocuidado, que é fulcral para o regresso a casa.

Com esta situação foi possível observar a atuação da equipa multidisciplinar na gestão do caso, havendo a colaboração de todos os seus elementos para contribuir para a reabilitação e capacitação para o autocuidado da D.^a Maria, e para que a alta ocorresse em segurança.

Foi identificado na equipa multidisciplinar uma preocupação em abraçar o desafio dos cuidados centrados no doente promovendo o envolvimento dos doentes e seus familiares, privilegiando a informação e tomada de decisão compartilhada e também a satisfação das necessidades e preferências do doente.

A experiência da Enfermeira Orientadora, a sua disponibilidade, confiança, bem como, ajuda na análise e compreensão das situações foram de extrema importância com um contributo inegável no desempenho profissional.

Identifico como fatores dificultadores a inexistência de um suporte escrito que permita nortear o percurso educativo.

1.3. Análise

O internamento hospitalar é causador de um profundo impacto na pessoa e família, podendo ser percecionado como uma agressão, pois existe uma separação do ambiente familiar, das rotinas e hábitos de vida, passando para um ambiente totalmente desconhecido, onde tudo começa a ser regulado pelos horários hospitalares e pela disponibilidade dos profissionais, passando o doente a depender menos de si próprio e mais dos outros.

Nos doentes oncológicos, os sentimentos negativos relativamente à hospitalização são agravados pelas dúvidas e incertezas no sucesso do tratamento, bem como pelo receio e medo face ao prognóstico e qualidade de vida (Moreira, Castanheira e Reis, 2003). Para além disso, nos doentes da área de cabeça e

pescoço acresce um conjunto de transformações profundamente marcantes, como sequelas funcionais e de desfiguração facial permanente (Otto, 2000).

Considero que na admissão da D^a. Maria ao serviço, foram tidos em conta estes fatores anteriormente referidos, adotando a enfermeira que a acolheu uma postura serena e disponível, disponibilizando toda a informação necessária relativamente às rotinas e funcionamento do serviço, bem como, acerca da intervenção cirúrgica e pós-operatório.

Segundo Phipps, Sands & Marek (2003) as informações devem ser iniciadas no pré-operatório com a explicação de como virão do bloco operatório e como ficarão no pós-operatório a curto e longo prazo. Contudo, é importante ter em conta que a transmissão de informação implica primeiramente uma avaliação do nível de compreensão do doente e dos familiares e do desejo à informação (Dalby et al, 2013).

Nessa interação com a D^a. Maria identificaram-se expetativas e preocupações, com o intuito de diminuir a ansiedade e a angústia sentidas, respeitando os tempos e o seu ritmo de adaptação à nova condição de saúde.

Na informação disponibilizada e no ensino realizado teve-se a preocupação de usar uma linguagem clara e acessível, de forma progressiva ajustada às suas capacidades e com o envolvimento da principal cuidadora, sempre que foi possível.

Desde o início foi incentivada a promoção do autocuidado, inicialmente através da transmissão de informação, seguido da exemplificação e posteriormente apenas da supervisão.

Segundo Orem (2001,p.59), “ensinar o outro é um método válido de ajudar uma pessoa que precisa de instruções para desenvolver conhecimentos e competências particulares”. A autora afirma ainda que este processo de aprendizagem inclui o desenvolvimento gradual de um repertório de práticas de autocuidado e habilidades que permite que a pessoa se sinta capaz para controlar e dirigir as ações na situação de autocuidado (Orem, 2001).

Ao longo das intervenções educativas realizadas foi tida a preocupação de identificar e ajudar a D^a. Maria e filha a identificarem as suas próprias necessidades para, desta forma, planear ações de enfermagem adequadas e individualizadas atendendo às necessidades identificadas. (Moreira, Castanheira e Reis, 2003).

Segundo Orem (2001), cabe ao enfermeiro determinar se as medidas de autocuidado estão a ser efetivamente desempenhadas. Durante o planeamento da alta, esta premissa esteve sempre presente por parte de toda a equipa de enfermagem, sendo expressa oralmente nas passagens de turno, em registo escrito e ainda nas reuniões multidisciplinares.

Foi reconhecida a importância de envolver em todo o processo educativo a filha da D.^a Maria, elemento identificado como recurso/ apoio às atividades de autocuidado no domicílio, tendo sido dirigidas as intervenções de ensino e sensibilização para a necessidade de manter o autocuidado.

Neste sentido, a relação de ajuda recorrendo à empatia, a metodologia de ensino centrada nas experiências, recursos e necessidades do doente e o envolvimento familiar foram dos principais instrumentos utilizados e serviram de suporte às intervenções.

1.4. Conclusão

Os momentos de interação estabelecidos com a D.^a Maria revelaram-se fundamentais em todo o processo terapêutico e determinantes na continuidade dos cuidados, bem como, a educação que serviu como método de ajuda na aquisição da capacidade para o autocuidado. Este último teve em conta os cinco passos definidos por Orem (2001): 1) agir ou fazer para o outro; 2) guiar o outro; 3) apoiar o outro (física ou psicologicamente); 4) proporcionar um ambiente que promova o desenvolvimento pessoal, quanto a tornar-se capaz de satisfazer demandas futuras ou atuais de ação e, por último, 5) ensinar o outro.

Neste sentido, as estratégias utilizadas permitiram identificar as necessidades de autocuidado manifestadas pela D.^a Maria e, desta forma, promover a sua adesão ao regime terapêutico.

Os resultados esperados eram que a D.^a Maria fosse capaz de retomar progressivamente as suas rotinas diárias, tendo em conta a sua condição atual. E desse modo, conseguisse:

- se alimentar pela SNG de forma autónoma;

- realizar a sua higiene oral de forma autónoma e eficaz (vigiando a sutura operatória de modo a despistar possíveis complicações) ;
- conseguir comunicar de forma não-verbal e posteriormente de forma verbal após descanulação.

1.5. Planear a ação

Tendo em consideração a situação de interação de cuidados descrita, é pertinente incluir os seguintes aspetos em situações semelhantes futuras:

- Adequar o plano de cuidados às necessidades individuais do doente, contribuindo para um plano de cuidados individualizado, focalizando o indivíduo como o centro da organização do cuidar em enfermagem,
- Envolver a família/ cuidador principal durante o processo de doença e tratamento;
- Aplicar um processo de ensino/ aprendizagem que seja sistematizado, gradual e adequado às características individuais da pessoa, de forma a garantir a segurança e adequação do desempenho do autocuidado no domicílio;
- Elaborar documentos escritos que sejam instrumentos estruturantes e complementares ao processo educativo.

CONCLUSÃO

A realização da presente reflexão constituiu um marco significativo no processo de desenvolvimento de competências especializadas na área da capacitação para o autocuidado da pessoa oncológica de cabeça e pescoço, nomeadamente, ao nível das intervenções educativas. Esta prática reflexiva serviu como um método organizador e estruturante do pensamento, permitindo repensar as teorias implícitas na prática, bem como, desenvolver novos conhecimentos que futuramente se integrarão na prática de cuidados com vista à melhoria da sua qualidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Collière, M. F. (1999). *Promover a Vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Lidel e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Dalby, C., Nesbitt, M., Frechette, C., Kennerley, K., Lacoursiere, L., Buswell, L. (2013). Standardization of initial chemotherapy teaching to Improve care. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 17(5). doi: 10.1188/13.CJON.472-475.
- Henriques, J., Pereira, C. A. (2006). *Cirurgia patologia e clínica*. (2ª Ed.). Espanha: McGraw-Hill.
- Martins, J. C. (2008). *O direito do doente à informação. Contextos, práticas, satisfação e ganhos em saúde*. Dissertação de doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. Porto, Portugal. Acedido a 20/10/2016. Disponível em: file:///C:/Users/selmachado/Downloads/Dissertao%20de%20Doutoramento%20(1).pdf .
- Moreira, C., Castanheira, I. & Reis, T. (2003). Acolhimento do doente oncológico: o que valorizam os enfermeiros? *Revista Investigação em Enfermagem*, 8, 27-36.
- Orem, D. (2001). *Nursing. Concepts of Practice*. (6ª ed.). Mosby: St. Louis.
- Otto, S. (2000). *Enfermagem em Oncologia*. (3ª ed.). Loures: Lusociência.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Phipps, W., Sands, J. & Marek, J. (2003). *Enfermagem Médico-Cirúrgica. Conceitos e prática clínica*. (6ª ed). Loures: Lusociência.

Wilson, F., Mood, D., Nordstrom, C.K. (2013). The influence of easy-to-read pamphlets about self-care management of radiation side effects on patients' knowledge. *Oncology Nursing Forum*, 37(6), 774-781.

Apêndice VI – Análise das práticas educativas de enfermagem observadas no contexto de
estágio A e B



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
7º Curso de Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica
Vertente Oncológica

Análise das práticas educativas de enfermagem observadas em contexto de estágio

Autor:

Selma Cristina Oliveira Machado Nº 6769

Professor Orientador:

Profª. Eunice Sá

Lisboa

2016

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

OE- Ordem dos Enfermeiros

PEG- Gastrostomia Percutânea Endoscópica

RT- Radioterapia

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	4
1. SERVIÇO DE INTERNAMENTO HOSPITALAR DO CONTEXTO DE ESTÁGIO A.....	5
1.1. Descrição das práticas educativas	5
1.2. Análise crítica das práticas	6
2. CONSULTA DE ENFERMAGEM DO CONTEXTO DE ESTÁGIO B	9
2.1. Descrição das práticas educativas	9
2.2. Análise crítica das práticas	10
CONCLUSÃO.....	13
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	14

INTRODUÇÃO

A prática reflexiva em Enfermagem visa estimular o crescimento e o desenvolvimento pessoal e profissional, ajudando o enfermeiro a desenvolver competências de questionamento da sua prática, tornando-o mais desperto para reconhecer as suas oportunidades de melhoria e de crescimento. É, deste modo, considerado uma “potencialidade formadora, pois permite desenvolver a capacidade de explicar as situações da prática e construir saber a partir da reflexão sobre a prática.” (OE, 2010, p. 31). E, para além disso, pode ainda contribuir para o desempenho de práticas avançadas implementadoras de estratégias com vista a alcançar um nível de excelência que dê resposta às necessidades de cuidados e ser agente transformador das práticas correntes.

Pretende-se, com este trabalho, retirar das práticas educativas observadas aprendizagens que permitam identificar e analisar as problemáticas decorrentes do processo de cuidados de enfermagem e repensar as estratégias de mudança da prática que possam ser implementadas pela equipa de enfermagem do meu contexto de trabalho.

Por considerar facilitador da reflexão e aprendizagens inerentes, optou-se por primeiramente descrever o que foi observado nas práticas e, de seguida, expor a análise das mesmas.

1. SERVIÇO DE INTERNAMENTO HOSPITALAR NO CONTEXTO DO ESTÁGIO A

1.1. Descrição das práticas educativas

O percurso educativo inicia-se através da realização de uma consulta de enfermagem de acolhimento, onde todos os doentes admitidos para cirurgia são abrangidos. Esta realiza-se após consulta médica, onde é explicado ao doente a decisão terapêutica e as repercussões previstas.

Na consulta de acolhimento, o enfermeiro procede à colheita de dados do doente, abarcando a dimensão pessoal, familiar e socioeconómica, e também ao levantamento das necessidades de cuidados. Para além disso, são avaliados os conhecimentos que o doente tem sobre a intervenção cirúrgica a que irá ser submetido. Assim, através desta consulta são detetadas áreas de intervenção e de encaminhamento para os diversos profissionais que compõem a equipa multidisciplinar de forma a dar resposta atempada às necessidades levantadas, dando início ao planeamento da alta.

Diariamente o enfermeiro responsável assiste e participa na reunião clínica, em que é discutida a situação de doença de cada um dos doentes internados. Nesta reunião o enfermeiro expõe o conhecimento que detém do doente e enuncia os problemas de enfermagem identificados, sendo estes valorizados e discutidos com a restante equipa. O facto de a reunião promover a colaboração dos diferentes elementos, permite que os enfermeiros detenham um conhecimento mais aprofundado do estado de doença do doente e do plano terapêutico a seguir, permitindo uma planificação mais adequada e individualizada das suas intervenções.

A intervenção de enfermagem na área educativa é habitualmente iniciada o mais precocemente possível, sendo esta individualizada e o seu conteúdo direcionado e adaptado a cada doente, de modo a respeitar o ritmo e as necessidades do doente e família, bem como, a ansiedade manifestada pelo doente e seus significativos, incentivando-os a verbalizar receios e angústias, esclarecendo dúvidas e respeitando silêncios, quando estes emergem.

A prática educativa é facilitada através da existência de um espaço físico adequado e do fornecimento de material ao doente, como por exemplo, um *Kit* para realizar os cuidados traqueais (que o doente leva consigo no momento da alta),

“quadro mágico” que permite escrever e apagar rapidamente, bem como, quadro com figuras que inclui as necessidades humanas básicas, perguntas e respostas mais habituais, sendo estas facilitadoras da comunicação. Para além disso, é promovido o envolvimento e participação ativa do doente e família ou cuidador principal.

Não existem instrumentos educativos de suporte ao enfermeiro. A documentação acerca da intervenção de enfermagem realizada e continuidade dos cuidados é assegurada através de registo descritivo informático, de forma a compreender as capacidades para o autocuidado do doente, família ou cuidador e as temáticas abordadas.

Atualmente não é entregue ao doente informação escrita, apesar de existirem folhetos elaborados com informação acerca dos cuidados traqueais, de alimentação por Sonda Nasogástrica (SNG) ou Gastrostomia Percutânea Endoscópica (PEG), entre outros. A razão para o sucedido foi explicada pelos diminutos recursos financeiros da instituição para impressão dos folhetos. Alguns destes folhetos encontram-se disponíveis para consulta no site oficial da instituição.

No dia da alta, são disponibilizados os contactos úteis da instituição e são entregues as marcações seguintes e a carta de alta de enfermagem. Todos os doentes ficam com consulta de enfermagem agendada de forma a ser promovida a continuidade dos cuidados, especialmente do processo educativo.

1.2. Análise crítica das práticas

A educação assume um papel essencial no processo de autocuidado. É através dela que os doentes recebem informação, sendo esta indutora de confiança; permitindo assim que os doentes adotem estratégias de autocuidado adequadas e confirmem a sua independência dos profissionais de saúde (Ream, 2000).

Foi considerada como mais-valia a valorização dos enfermeiros pela identificação das necessidades de cuidados dos doentes e família ou cuidador principal, de forma, a promover a sua motivação e satisfação e, conseqüentemente, a melhoria das intervenções educativas. Esta ideia é reconhecida por Pedersen, Koktved & Nielsen (2012) ao afirmarem que as metodologias de ensino são mais eficazes quando os profissionais de saúde se concentram mais nas experiências, recursos e necessidades do indivíduo e, como tal, quando estas procuram basear-se

nas preferências do doente são mais bem-sucedidas, potenciando a motivação do doente em aprender e participar no processo de tratamento (Pedersen, Koktved & Nielsen, 2012).

Refletindo sobre a observação da prática, considera-se que estas intervenções poderiam ser realizadas na continuidade e/ou reavaliadas em cada atividade de ensino pois contribuiriam para um cuidado individualizado e evolutivo, uma vez que, o parecer clínico e a tomada de decisão do enfermeiro são sempre essenciais para a prestação de cuidados individualizados aos doentes e as respetivas famílias (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2009).

Ressalva-se a articulação que é feita entre os vários elementos da equipa multidisciplinar com vista a ser alcançado um objetivo comum, visto que, com esta atuação é possível em sintonia melhorar o estado de saúde do doente, família e pessoas significativas, contribuindo para uma capacitação para o autocuidado o mais precoce e eficazmente possível.

Foi notório o esforço da equipa de enfermagem em guiar o doente na procura de soluções para resolver problemas, orientando-o e transmitindo-lhe habilidades e conhecimentos para lidar com as alterações decorrentes e envolvendo-o no autocuidado para tornar a pessoa doente capaz de cuidar de si próprio. Para além disso, nunca foi descurado o papel determinante da família ou cuidador principal. Esta é uma estratégia apontada por Wilson, Mood & Nordstrom (2013) ao referir que os doentes informados sentem uma sensação de controlo, lidam melhor com a incerteza em relação à sua saúde, tendem a seguir os planos de cuidados com um maior grau de proximidade e recuperam mais rapidamente e ainda por Portz & Johnston (2014), que consideram que o envolvimento da família/cuidador é um dos requisitos para a educação do doente e entendem que este pode ajudar no reforço da informação educacional.

A padronização do processo educativo tendo em conta a sistematização da informação e a priorização da mesma evita variações do ensino, o que contribui para melhor compreensão e satisfação do doente (Dalby et al, 2013). Assim, a criação de um instrumento de estruturação do processo educativo para os enfermeiros poderá revelar-se fundamental, para consolidar, sintetizar e uniformizar o ensino prestado, bem como, para o registar de forma sistematizada evitando, assim, lapsos ou repetições.

Seria facilitador das aprendizagens do doente e família ou pessoa significativa se o ensino pudesse ser, para além da informação verbal, complementado com informação escrita. Esta ideia é corroborada por Wilson, Mood & Nordstrom (2013), que defendem assim que a informação não deve ser só apresentada verbalmente, mas também de forma escrita, através do fornecimento de material educacional escrito.

A continuidade dos cuidados na educação do doente e família ou cuidador principal esteve sempre presente como uma preocupação da equipa de enfermagem e é sem dúvida imprescindível para a segurança e qualidade dos cuidados. Nesse seguimento, é promovida a articulação e encaminhamento com a equipa de enfermagem da consulta de otorrinolaringologia e com o serviço de fisioterapia para a reabilitação motora nos doentes submetidos a esvaziamentos ganglionares cervicais e com o terapeuta da fala para reabilitação vocal. Para além disso, o acompanhamento com a assistente social, nutricionista e psicóloga iniciado no período de internamento é continuado após a alta.

O *follow-up* é assim assumido como uma componente importante na educação do doente que contribui para a continuidade de cuidados e permite um acompanhamento do doente, com espaço para esclarecimento de dúvidas e preocupações, validação e reforço ou reajuste das recomendações sobre o regime de tratamento e ainda o despiste de eventuais complicações (Portz & Johnston, 2014; Lambertz et al, 2010).

2. CONSULTA DE ENFERMAGEM DO CONTEXTO DO ESTÁGIO B

2.1. Descrição das práticas educativas

A consulta de enfermagem de radioterapia divide-se por consultas de primeira vez e de seguimento/*follow-up*. Esta dirige-se a todos os doentes que se encontrem a realizar tratamento de radioterapia (RT) e ocorre após consulta médica de decisão terapêutica e por encaminhamento da equipa médica.

As consultas, maioritariamente, são presenciais e são realizadas ao fim de uma semana após o início do primeiro tratamento (por escassez de recursos humanos). As subsequentes são agendadas conforme a avaliação realizada, tendo em conta as necessidades de cuidados.

Nas consultas de primeira vez dirigidas a doentes a realizar RT, procede-se a uma colheita de dados e posteriormente a uma avaliação dos conhecimentos que o doente tem sobre o regime terapêutico (prévia à realização de ensinios).

No que diz respeito às consultas de seguimento, estas incidem maioritariamente, na monitorização de efeitos adversos, ensino de intervenções para seu controlo e monitorização da adesão às medidas propostas. Estas consultas são valorizadas pelos doentes pois, de certa forma, garantem a disponibilidade da equipa de enfermagem para os apoiarem ao longo do percurso terapêutico.

As programações das consultas de enfermagem têm em conta o agendamento das consultas médicas e das sessões de RT para que os doentes não tenham que se deslocar ao hospital em horários distintos, sendo este promotor da adesão do doente aos cuidados de saúde.

A equipa de enfermagem rege o seu processo educativo através de um instrumento de apoio, um guião de consulta, que inclui as considerações especiais de cada área submetida a tratamento, os efeitos secundários presentes e os cuidados inerentes, o que permite uniformizar a avaliação e os ensinios específicos a realizar na consulta, promovendo uma atuação consistente.

A intervenção de enfermagem engloba:

- informação acerca do tratamento e do seu objetivo terapêutico;
- esclarecimento acerca das principais toxicidades e como o doente deve atuar perante as mesmas;
- ensinios sobre cuidados a ter durante o período de tratamento.

Os instrumentos educacionais, quer de forma escrita ou por multimédia (módulos de aprendizagem por WEB ou CD-ROM ou vídeos), não são utilizados. Contudo a equipa de enfermagem ressalva as consultas de seguimento e a disponibilidade da equipa para colmatar esse défice educacional. A evolução, reavaliação e o planeamento de intervenções de enfermagem são realizados através de registo manual e descritivo. Destas consultas pode ainda surgir a necessidade de encaminhamento para outro profissional de saúde, decorrente da avaliação de necessidades realizada. Verifica-se, com alguma frequência, uma articulação com a Equipa de Feridas devido, na sua maioria, a um número significativo de radiodermites.

2.2. Análise crítica das práticas

Wilson, Mood & Nordstrom (2013) afirmam que as intervenções de enfermagem que facilitam o controlo dos efeitos secundários têm sido associadas ao aumento de medidas de autocuidado por parte do doente, especialmente quando se utiliza a educação para abordar os potenciais efeitos secundários, a forma de os controlar e tratar e ainda saber quando devem ser reportados à equipa de saúde.

Neste seguimento, destacam-se as diversas vantagens identificadas pelo *follow-up*, quer presencial ou telefónico, na educação do doente e na continuidade dos cuidados. Estas são reconhecidas nomeadamente pelo espaço para esclarecimento de dúvidas e preocupações, pela validação e reforço ou reajuste das recomendações sobre o regime de tratamento e ainda pelo despiste de eventuais complicações. (Portz & Johnston, 2014; Lambertz et al, 2010).

Lambertz et al (2010), apontam a estratégia de *follow-up* como útil, principalmente através de um acompanhamento no mínimo semanal (pode ser num intervalo inferior se necessário) e recomendam principalmente até às primeiras quatro semanas após o tratamento, uma vez que permite avaliar a eventualidade de ocorrência de efeitos adversos.

O *follow-up* presencial destaca-se do telefónico, pelo menos no decurso do tratamento de RT, porque permite um melhor despiste e controlo dos efeitos adversos pois, por vezes, para o doente e família ou cuidador principal é difícil reportar os efeitos secundários e atribuir o grau em que eles se manifestam,

podendo também a sintomatologia relatada não corresponder à sintomatologia apresentada, não permitindo prescrever intervenções adequadas e seguras e também monitorizar corretamente a sua evolução. Assim, informar os doentes, colocar perguntas específicas sobre os efeitos secundários, valorizar os efeitos secundários reportados pelos doentes é importante pois os doentes podem não saber como reconhecer os efeitos adversos ou sentirem inibição em abordar o assunto e ajuda-os ainda a melhor compreenderem a importância de comunicarem precocemente os efeitos secundários, impedindo que estes escalem rapidamente (Pedersen, Koktved & Nielsen, 2012).

No que diz respeito ao guião de consulta, considere um instrumento facilitador do processo educativo e que pode contribuir para a redução do défice na transmissão de informações, bem como, falhas no levantamento das necessidades educacionais. E como refere Dalby et al (2013), a padronização do processo educativo tendo em conta a sistematização da informação e a priorização da mesma evita variações do ensino, o que contribui para melhor compreensão e satisfação do doente.

A realização da consulta de primeira vez ser apenas possível após uma semana de ter iniciado o tratamento é um aspeto negativo que ressalvo. Identifiquei como principais implicações, desconhecimento dos cuidados a ter, problemas de adaptação ao tratamento e sofrimento emocional.

Parece-me que seriam encontrados benefícios se a consulta de enfermagem de primeira vez pudesse se realizar previamente ao início do tratamento, pois como diz Pedersen, Koktved & Nielsen (2012), os doentes oncológicos a realizar tratamentos antineoplásicos referem sentir ansiedade e perda de controlo para gerirem de forma autónoma os efeitos secundários dos tratamentos. Durante o acolhimento o enfermeiro poderia prestar informações úteis à pessoa doente e à sua família e ser capaz de identificar as suas expectativas e preocupações, de forma a diminuir a sua angústia, ansiedade e, ainda, facilitar o contacto com a unidade e promover a familiarização com toda a complexidade de ações aos quais será submetido. Como tal a educação, acompanhada de uma relação de confiança e de colaboração entre o doente e o enfermeiro é, particularmente, importante antes do início do tratamento, estimulando a sua capacidade e vontade de aprender (Pedersen, Koktved & Nielsen, 2012).

Considero também que seria importante, que pudesse constar a entrega de um folheto ao doente com informação acerca do tratamento, possíveis efeitos secundários e cuidados a ter, pois como refere Wilson, Mood & Nordstrom (2013) a informação não deve ser só apresentada verbalmente, mas também de forma escrita, através do fornecimento de material educacional escrito.

CONCLUSÃO

Quando, enquanto enfermeiros, nos questionamos acerca das necessidades de desenvolvimento da nossa prática, e procuramos a sua excelência, teremos de ter sempre presente que,

os serviços são os lugares de expressão da prática profissional é aí que se podem mobilizar e ajustar os conhecimentos provenientes das situações e os que iluminam o seu significado. É aí que é possível aliar a reflexão à ação (Collière, 2000, p.339).

Como tal, é através da reflexão sobre a prática que a mudança da mesma acontece e a aprendizagem decorre, auxiliando o enfermeiro a identificar não só as lacunas nas suas respostas, mas também as áreas de excelência da sua prática, através de uma postura de inquietação, de tomada de iniciativa, de liberdade de pensamento e de uma atitude de disponibilidade para afetar e se deixar afetar (Waldow, 2009).

De acordo com o exposto considera-se que com esta análise crítica foram repensadas estratégias de atuação, com recurso à educação, passíveis de dar resposta às necessidades da pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço sob quimioradioterapia sendo, contudo, necessário adequá-las e experimentá-las no contexto real de prestação de cuidados.

Após esta análise, destaco o interesse em apostar na implementação de um guia orientador de boas práticas e de uma checklist como suportes educacionais e ainda apostar num guia com recomendações para o doente.

Com a clarificação das intervenções de enfermagem que emergiram pretende-se atribuir às mesmas um lugar de destaque através do desenvolvimento do conhecimento clínico nos processos de tomada de decisão, conduzindo a um cuidado centrado na pessoa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Collière, M.F. (2000). *Promover a vida. Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Lidel e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2009). *Linhas de orientação para a elaboração de catálogos CIPE*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Dalby, C., Nesbitt, M., Frechette, C., Kennerley, K., Lacoursiere, L., Buswell, L. (2013). Standardization of initial chemotherapy teaching to improve care. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 17(5). doi: 10.1188/13.CJON.472-475.
- Lambertz, C., Gruell, J., Robenstein, V., Mueller-Funaiole, V., Cummings, K., Knapp, V. (2010). NO STOPS. Reducing treatment breaks during chemoradiation for head and neck cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 14(5), 585-593. doi: 10.1188/10.CJON.585-593.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Modelo de desenvolvimento profissional: fundamentos, processos e instrumentos para a operacionalização do sistema de certificação de competências*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Pedersen, B., Kjøttved, D.P., Nielson, L.L. (2012). Living with side effects from cancer treatment. A challenge to target information. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 715-723. doi: 10.1111/j.1471-6712.2012.01085.x.
- Portz, D., Johnston, M. (2014). Implementation of an evidence-based education practice change for patients with cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 18 (5), 36-40. doi: 10.1188/14.CJON.S2.36-40.

Ream, E. (2000). Information and education for patients and families. In Kearney, N., Richardson, A., Giulio, P. D. (Eds.). *Cancer Nursing Practice*. (p. 135-157). Edinburgh: Churchill Livingstone.

Waldow, V. R. (2009). Momento de cuidar: momento de reflexão na ação. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62 (1), 140-145.

Wilson, F., Mood, D., Nordstrom, C.K. (2013). The influence of easy-to-read pamphlets about self-care management of radiation side effects on patients' knowledge. *Oncology Nursing Forum*, 37(6), 774-781.

Apêndice VII –Plano de sessão de formação à equipa de enfermagem do contexto de estágio

B

PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Tema da Formação	Cuidar da Pessoa com Doença Oncológica de Cabeça e Pescoço sob Quimiorradioterapia				
Estágio com Relatório	7º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica – Vertente Oncológica.				
Docente Orientadora	Prof. ^a Eunice Sá	Enfermeira Orientadora	Enf. ^a Sandra Russo	Formadora	Selma Machado
Destinatários	Equipa de Enfermagem do Serviço de Radioterapia do IPOLFG				
Local	Serviço de Radioterapia	Data	30/11/2016	Duração	30 minutos
		Hora	15H		
Objetivos Gerais	<ul style="list-style-type: none">• Partilhar com a equipa de enfermagem do Serviço de Radioterapia os conhecimentos e a experiência no que diz respeito ao tratamento com Quimiorradioterapia na pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço.• Sensibilizar a equipa para a relevância de um acompanhamento e intervenção precoce de enfermagem, com vista à promoção do autocuidado da pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço.				
Objetivos específicos	<p>Que os enfermeiros consigam:</p> <ul style="list-style-type: none">• Descrever as implicações para tratamento com quimiorradioterapia;• Definir os conceitos: Quimioterapia, Neutropénia, Trombocitopénia e Anemia;• Enumerar os agentes antineoplásicos mais utilizados no cancro de cabeça e pescoço, bem como, os principais efeitos secundários/toxicidades;• Indicar os cuidados de enfermagem a implementar na presença de toxicidade hematológica relacionada com a quimioterapia.				

Etapas	Conteúdos	Metodologia e Recursos
Introdução	Sumário da Sessão; Contextualização: Quimiorradioterapia no Tratamento do Cancro de Cabeça e Pescoço.	Método Expositivo; Programa Informático Microsoft Powerpoint.
Desenvolvimento	Conceitos: Quimioterapia, Neutropénia, Trombocitopénia e Anemia; Quimiorradioterapia: suas indicações e implicações; Agentes antineoplásicos mais utilizados e seus principais efeitos secundários; Cuidados de Enfermagem à pessoa com toxicidade hematológica (Neutropénia, Trombocitopénia e Anemia); Papel do enfermeiro na capacitação para o autocuidado.	Método Expositivo; Programa Informático Microsoft Powerpoint.
Conclusão e avaliação	Síntese da temática; Esclarecimento de dúvidas.	Debate com os colegas e questionário de avaliação.

Apêndice VIII – Documento de avaliação da sessão de formação à equipa de
enfermagem do contexto de estágio B

Avaliação da Sessão de Formação

O documento consiste num breve questionário que servirá como instrumento de avaliação da formação desenvolvida com o tema Cuidar da Pessoa com Doença Oncológica de Cabeça e Pescoço sob Quimiorradioterapia.

Assinale com um X o valor da escala que considere mais adequado à avaliação dos itens assinalados (sendo 1 o nível mais baixo e 5, o mais alto)

1. Avaliação geral da ação

	1	2	3	4	5
Objetivos propostos foram cumpridos					
Conteúdos da sessão de formação					
Duração da sessão de formação					
Estrutura da sessão de formação					
Utilidade dos conteúdos					
A metodologia utilizada					

2. Avaliação da Formadora

	1	2	3	4	5
Linguagem utilizada					
Capacidade de transmissão de conhecimentos					
Domínio da temática					
Capacidade de dinamização					

Quais são as implicações no tratamento de quimiorradioterapia que mais identifica no seu dia-a-dia?

Dos conceitos explorados, indique os considerados mais relevantes?

Dos efeitos secundários enumerados, resultantes da quimioterapia, quais são para si os mais representativos no contacto diário com a pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço?

Tinha conhecimento prévio à formação, dos agentes antineoplásicos utilizados? Se sim, quais?

Na sua opinião, quais foram os cuidados de enfermagem abordados mais importantes?

Sugestões

Muito obrigada pela sua colaboração

Apêndice IX – Sondagem de opinião aplicada à equipa de enfermagem do contexto
de estágio D

No âmbito do plano de estudos do Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura em Enfermagem, na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica- Vertente Oncológica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, estou a elaborar um Projeto de Estágio com relatório. Este tem o intuito de representar uma problemática de Enfermagem identificada no Serviço onde exerço funções, para que assim possa planear e implementar intervenções que visem uma mudança para a melhoria da qualidade dos cuidados, com o envolvimento da equipa multidisciplinar.

Após reflexão, individual e coletiva, sobre alguns dos problemas existentes no Serviço a necessitar de intervenção, encontrei como área de interesse o Autocuidado da Pessoa com Doença Oncológica de Cabeça e Pescoço sob Quimioradioterapia: Intervenções Educativas para a sua Capacitação.

Ao estar convicta que a educação é preponderante na promoção para o autocuidado e que o enfermeiro desempenha um papel determinante na reconstrução da autonomia no autocuidado, pretendo desenvolver competências que contribuam na capacitação para o autocuidado da Pessoa com Doença Oncológica de Cabeça e Pescoço sob Quimioradioterapia.

Para que, em conjunto, se consiga melhorar as estratégias de atuação e consequentemente os cuidados prestados, peço a vossa colaboração no preenchimento do seguinte questionário, ficando desde já garantido o anonimato e confidencialidade das respostas. As respostas obtidas serão apenas utilizadas como um instrumento orientador para o futuro plano de intervenção.

Agradeço desde já a vossa colaboração.

Selma Machado

Sondagem de Opinião

1. Na capacitação para o autocuidado da pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço sob regime de quimiorradioterapia e sua família/ principal cuidador:

- 1.1 Quais os temas que aborda nos ensinos realizados?

- 1.2 Considera que os ensinos realizados são suficientes para o capacitar para o autocuidado?

- 1.3 Quais os momentos que considera mais adequados?

- 1.4 Quais as estratégias utilizadas?

1.5 Quais são as principais dificuldades sentidas?

1.6 Quais são os documentos que considera que podem dar um contributo e suporte aos ensinos realizados?

1.7 Que recursos da Instituição mobiliza para promover a continuidade dos cuidados?

1.8 Em que momento considera importante mobilizar estes recursos existentes para a continuidade dos cuidados?

Sugestões:

Apêndice X – Plano de sessão de formação à equipa de enfermagem do contexto de
estágio D

PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Tema da Formação	Autocuidado da Pessoa com Doença Oncológica de Cabeça e Pescoço sob Quimioradioterapia: Intervenções Educativas para a sua Capacitação				
Estágio com Relatório	7º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica – Vertente Oncológica.				
Docente Orientadora	Prof. ^a Eunice Sá	Enfermeiro Orientador	Enf. ^o Vasco Lopes	Formadora	Selma Machado
Destinatários	Equipa de Enfermagem do Serviço de Oncologia Médica do IPOLFG				
Local	Serviço de Oncologia Médica	Data	13/12/2016	Duração	20 minutos
		Hora	15H00		
Objetivos Gerais	<ul style="list-style-type: none">• Dar a conhecer à equipa de enfermagem o projeto de intervenção;• Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância do envolvimento da mesma no projeto de intervenção, por forma, a se conseguir a melhoria dos cuidados;• Divulgar os dados obtidos na sondagem de opinião aplicada aos enfermeiros do serviço.				
Objetivos específicos	<ul style="list-style-type: none">• Enumerar as ideias principais no tema apresentado;• Identificar os aspetos que podem contribuir para a otimização do tema apresentado;• Identificar os dados relevantes obtidos na sondagem de opinião.				

Etapas	Conteúdos	Metodologia e Recursos
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Sumário da sessão; • Objetivos da sessão; • Contextualização da temática. 	<ul style="list-style-type: none"> • Método Expositivo; • Programa Informático Microsoft Powerpoint.
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Problemática e pertinência do tema • Enquadramento Conceptual: <ul style="list-style-type: none"> - Impacto das Doenças Oncológicas, especialmente na área de cabeça e pescoço; - Modalidade de tratamento com Quimioradioterapia; - Importância do autocuidado como área de intervenção; - Papel do enfermeiro na capacitação para o autocuidado, nomeadamente através das intervenções educativas. • Plano de trabalho (atividades a implementar no Serviço de Oncologia Médica); • Resultados da Sondagem de Opinião. 	<ul style="list-style-type: none"> • Método Expositivo; • Programa Informático Microsoft Powerpoint.
Conclusão e avaliação	<ul style="list-style-type: none"> • Síntese da temática; • Esclarecimento de dúvidas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Debate com os colegas e questionário de avaliação por escrito.

Apêndice XI – Avaliação da sessão de formação à equipa de enfermagem do
contexto de estágio D

Avaliação da Sessão de Formação

O documento consiste num breve questionário que servirá como instrumento de avaliação da formação desenvolvida com o tema: Autocuidado da Pessoa com Doença Oncológica de Cabeça e Pescoço sob Quimioradioterapia: Intervenções Educativas para a sua Capacitação.

Assinale com um X o valor da escala que considere mais adequado à avaliação dos itens assinalados (sendo 1 o nível mais baixo e 5, o mais alto).

1. Avaliação geral da ação

	1	2	3	4	5
Objetivos propostos foram cumpridos					
Conteúdos da sessão de formação					
Duração da sessão de formação					
Estrutura da sessão de formação					
Utilidade dos conteúdos					
A metodologia utilizada					

2. Estratégias Formativas

	1	2	3	4	5
Linguagem utilizada					
Capacidade de transmissão de conhecimentos					
Domínio da temática					
Capacidade de dinamização					

Quais foram as principais ideias identificadas no tema apresentado?

Que aspetos considera que podem contribuir para a otimização da temática?

Dos dados obtidos na sondagem de opinião quais considerou relevantes?

Sugestões

Muito obrigada pela sua colaboração

Apêndice XII –Guia orientador do processo educativo



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

7º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Vertente Oncológica

Unidade Curricular: Relatório com Estágio

***Guia Orientador do Processo Educativo na Capacitação
para o Autocuidado da Pessoa com Doença Oncológica de
Cabeça e Pescoço sob Quimioradioterapia***

Elaborado por:

Selma Machado, Nº 6769

Docente:

Prof.^a Eunice Sá

Lisboa, Janeiro de 2017

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	3
1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	5
1.1. Educar para o autocuidado.....	5
1.2. A pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço sob Quimioradioterapia	7
2. EFEITOS SECUNDÁRIOS DA QUIMIOTERAPIA.....	9
3. EFEITOS SECUNDÁRIOS AGUDOS DA RADIOTERAPIA	14
4. GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO.....	16
5. CONTINUIDADE DE CUIDADOS	22
6. OPERACIONALIZAÇÃO DO PROCESSO EDUCATIVO NA CAPACITAÇÃO PARA O AUTOCUIDADO DA PESSOA COM DOENÇA ONCOLÓGICA DE CABEÇA E PESCOÇO SOB QUIMIORADIOTERAPIA	23
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	24

APÊNDICES

Apêndice I- Algoritmo do Processo Educativo

INTRODUÇÃO

A Quimioradioterapia (QRT), na doença oncológica de cabeça e pescoço, tem sido frequentemente utilizada, permitindo explorar o sinergismo citotóxico de ambas as modalidades terapêuticas. Destacam-se diversas vantagens significativas, nomeadamente, melhoria da sobrevivência global, o melhor controlo sistémico e o facto de se encurtar significativamente a duração do tratamento. Há, no entanto, uma desvantagem considerável que é o aumento da toxicidade podendo comprometer as doses administradas de uma ou ambas as modalidades ou até interrupção do tratamento com potencial compromisso da sua eficácia (Sobecki-Ryniak & Krouse, 2013).

É compreensível que se trata de um tratamento muito específico, que envolve um regime de internamento com cuidados particulares e cuja administração de terapêuticas inclui efeitos adversos consideráveis sendo, por isso, de extrema importância o conhecimento do doente e cuidador principal acerca das particularidades dos tratamentos propostos, por forma, a minimizar o seu impacto e facilitar o regresso a casa (Pedersen, Koktved & Nielsen, 2012).

Nos doentes oncológicos de cabeça e pescoço torna-se mais preocupante o tratamento antineoplásico uma vez que estes doentes experienciam dificuldades acrescidas no autocuidado devido a problemas de adaptação e *coping* com o diagnóstico, gestão da doença e tratamento, causadas pelo seu grande impacto na auto-imagem e disfunção e devido à sua proximidade com estruturas aerodigestivas (Sobecki-Ryniak & Krouse, 2013).

O enfermeiro é, assim, decisivo no desenvolvimento e/ ou manutenção das capacidades da pessoa e família/ cuidadores para o autocuidado, sendo o ensino um dos seus domínios de competência (OE, 2011).

Outro aspeto vital é a continuidade de cuidados no acompanhamento ao doente, promovendo a sua satisfação e incrementando sentimentos de segurança, reduzindo a possibilidade da não adesão ao regime terapêutico e mantendo a sua satisfação.

Assim, o desenvolvimento de um plano de continuidade de cuidados assente em protocolos, listas de verificação ou guias orientadores é importante para

assegurar que existem procedimentos escritos que conduzam o doente no seu processo de tratamento e recuperação e determinar a sua compreensão ao nível da gestão do regime terapêutico (OE, 2011).

Os Guias Orientadores da Boa Prática de Cuidados asseguram a excelência do exercício profissional e podem ser considerados uma estratégia de colaboração na equipa multidisciplinar de saúde. Estes quando rigorosamente elaborados e utilizados, podem ser uma base para sistematizar as intervenções de enfermagem, adequando a eficiência e segurança da ação à eficácia do resultado (OE, 2007).

É, neste contexto, que surge a necessidade de elaborar um guia orientador da prática de cuidados para dar suporte à intervenção de enfermagem no processo de aprendizagem do doente oncológico de cabeça e pescoço internado a realizar tratamento com quimioradioterapia (QRT), permitindo fundamentar e operacionalizar o processo educativo através da uniformização e sistematização da informação transmitida pela equipa de enfermagem aquando da preparação da alta e facilitando o registo das temáticas abordadas e das necessidades existentes. Para além disso, tem em conta os seguintes aspetos: promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar / autocuidado dos clientes, readaptação funcional e organização dos serviços de enfermagem (OE, 2001).

Este guia orientador tem ainda o intuito de melhorar a qualidade e a continuidade dos cuidados, promovendo a articulação dos cuidados de enfermagem e a otimização dos recursos existentes.

Por todos os motivos acima mencionados, compreende-se que se trata de uma área pertinente para intervenção de enfermagem, sendo as intervenções educativas um campo de intervenção de enfermagem autónoma com grande importância na capacitação para o autocuidado da pessoa/ cuidador.

1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

De seguida, pretendo espelhar a pertinência de explorar e trabalhar um dos focos sensíveis aos cuidados de enfermagem, o autocuidado, recorrendo ao modelo teórico de Dorothea Orem. Ressalvo a educação como a pedra basilar na capacitação para o autocuidado sendo, por isso, um motivo válido para que estas duas grandes áreas sejam complementares e indissociáveis. Neste contexto, destaco a pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço, por experienciarem dificuldades acrescidas no autocuidado, segundo comprova a evidência científica. E, por fim, insiro uma das modalidades terapêuticas atuais que é o tratamento oncológico de Quimioradioterapia.

1.1. Educar para o autocuidado

O autocuidado apresenta-se como central na prática de Enfermagem e surge associado à autonomia, independência e responsabilidade pessoal. Este encontra-se intimamente ligado às teorias de enfermagem associadas à Escola das Necessidades, de onde se destaca Dorothea Orem (Petronilho, 2012).

Orem (2001,p.43) remete o autocuidado para “a prática de atividades que os indivíduos iniciam e realizam em seu próprio benefício, para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar”. Ainda segundo o mesmo autor, o autocuidado é uma atividade aprendida, que requer a aquisição pela pessoa de conhecimento sobre o ambiente e sobre si mesma, de forma a ser capaz de dar respostas adaptadas às situações concretas e aos seus diferentes significados (Orem, 1995).

O enfermeiro assume um papel primordial na capacitação do doente e sua família para a adoção e implementação de comportamentos e competências promotoras de autocuidado. Segundo Orem (2001), o enfermeiro deve apoiar o doente e pessoas significativas na procura de comportamentos de autocuidado, auxiliando-os na mobilização de requisitos de autocuidado no desvio de saúde.

Em diversas situações o indivíduo possui capacidade para o autocuidado, necessitando apenas de apoio, orientação e instrução do enfermeiro para o exercício e desenvolvimento da atividade de autocuidado, assim neste campo a atuação do enfermeiro incide no Sistema de Apoio-Educação (Orem, 2001).

Segundo a WHO, existe evidência relativamente à relação entre a implementação de programas de aconselhamento, educação e confirmação da informação apreendida, com a melhoria dos resultados de saúde das pessoas sujeitas a condições de cronicidade (WHO, 2002;2003).

A educação é uma intervenção simples e visa a melhoria dos conhecimentos relativos à doença e ao tratamento. Esta é definida por Phaneuf (2001, p. 401) como uma

intervenção profissional pela qual a enfermeira estabelece um processo pedagógico que fornece à pessoa cuidada e à família a informação sobre a doença, a sua prevenção e o seu tratamento, com vista a levar a pessoa a tomar consciência das suas capacidades de autonomia e a responsabilizar-se pela sua evolução para atingir um melhor estado de saúde.

As intervenções educacionais têm sido utilizadas para diferentes fins, dos quais se destacam: preparar os doentes para os tratamentos; reduzir a ansiedade; melhorar o *coping*; aumentar o autocuidado; ampliar o conhecimento e melhorar o controlo de sintomas e efeitos secundários associados ao cancro e aos seus tratamentos (Ream, 2000).

Os meios facilitadores deste processo englobam a cooperação ativa do doente no seu processo de doença/ tratamento, bem como, o envolvimento da família, como suporte imprescindível (Pedersen, Koktved & Nielsen, 2012).

É neste contexto que a enfermagem tem extrema importância na sua arte de cuidar, atuando em parceria com o doente/ família, no sentido de o cuidar, ajudar e apoiar nesta fase, através da transmissão da informação necessária que servirá como base ao doente para que esteja mais confiante e munido de respostas e soluções para as dificuldades com que se possa deparar e, desta forma, permitir alcançar uma maior qualidade de vida (Pedersen, Koktved & Nielsen, 2012).

O enfermeiro não pode focar a sua atuação ao nível do ensino numa atitude meramente técnica, necessita também de uma competência relacional. Assim, a comunicação constitui-se uma das estratégias integrantes do cuidado de enfermagem e é definida por Stumm, Leite e Maschio (2008, p. 78) como um instrumento importante na prática de enfermagem, que favorece: “a interação com os utentes, ajudando-os a suprir suas necessidades, dúvidas e anseios”. Ela

contribui para um relacionamento efetivo, no qual o enfermeiro proporciona ao doente apoio, conforto, informação e sentimentos de confiança e de autoestima.

Outra estratégia que não pode deixar de fazer parte da intervenção educativa do enfermeiro é o apoio emocional. Neste sentido deve ser criada uma relação empática e de confiança, mostrando ao doente e família o respeito pela sua individualidade (Miranda, 2013).

Desta forma, compreende-se a importância da educação em cuidados de saúde para a adesão da pessoa aos planos de tratamento e terapêutica (Stonecypher, 2009) e em associação, o autocuidado, pois só alguém preparado e alerta conseguirá fazer uma gestão adequada da doença e do processo de tratamento.

1.2. A pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço sob Quimioradioterapia

Uma das questões de grande relevância quando abordamos o combate ao cancro relaciona-se precisamente com os efeitos adversos dos tratamentos, que afetam não só a esfera física, mas também psíquica, social e emocional do doente, provocando sofrimento e limitações, dificultando a adesão ao tratamento e às ações de autocuidado (Barbosa, 2009).

As pessoas com cancro de cabeça e pescoço são afetadas pela doença, tratamentos e pelo seu impacto nas atividades de vida diárias, causando problemas de aceitação do diagnóstico, de adaptação e gestão da doença, o que se traduz em dificuldades no autocuidado (Sobecki-Ryniak & Krouse, 2013).

Os tratamentos antineoplásicos para os doentes oncológicos de cabeça e pescoço exigem abordagens complexas e multidisciplinares que implicam uma combinação de várias opções terapêuticas. Atualmente, a quimioradioterapia simultânea tem sido adotada pelo benefício na taxa de sobrevivência global destes doentes, contudo potencia a toxicidade aguda (Lambertz et al, 2010). Para além disso, cada opção de tratamento pode potencialmente causar desfiguração e disfunção, dificuldade de adaptação e, conseqüentemente, diminuição da qualidade de vida (Sobecki-Ryniak & Krouse, 2013).

As toxicidades agudas da radioterapia mais presentes pela concomitância com a quimioterapia são principalmente a mucosite e dermatite exacerbada pela xerostomia. As consequências destes efeitos secundários incluem dor, disfagia, odinofagia, disgeusia, náuseas, vômitos, perda de apetite, perda de peso, desidratação, infecção e fadiga (Lambertz et al, 2010). E, ainda, somam-se a estes efeitos aqueles que são inerentes aos próprios regimes de quimioterapia, quer toxicidade hematológica como não hematológica, nomeadamente náuseas, vômitos, ototoxicidade e neurotoxicidade (Lambertz et al, 2010).

Todas estas modificações vão ser causadoras de transformações no dia-a-dia da pessoa, sendo necessário o enfermeiro ser um elemento facilitador neste processo de tratamento que a pessoa vivencia.

Neste seguimento, Lambertz et al. (2010) refere que os doentes oncológicos de cabeça e pescoço devem receber ensinamentos sobre: cuidados orais, cuidados de higiene corporal, cuidados alimentares (incluindo os aspetos relacionados com náuseas, vômitos, diarreia e obstipação), atividade social, profissional e sexual. O plano de ensino é também extremamente útil para ajudar os doentes a compreender a importância de comunicarem precocemente os efeitos secundários, pois o seu reconhecimento precoce e resolução podem resultar numa experiência positiva por parte dos doentes, motivando-os a realizar mais ações de autocuidado (Wilson, Mood & Nordstrom, 2013).

O enfermeiro deve procurar assistir a pessoa com base no pressuposto da recuperação da independência ou da capacidade de autocuidado na realização das atividades de vida, com o objetivo de promover o ajuste funcional a défices e a adaptação a diversos fatores, na sua maioria, através de processos de aprendizagem (OE, 2001), pois segundo Sobecki-Ryniak & Krouse (2013), medidas promotoras das capacidades de autocuidado têm promovido um impacto positivo na adaptação à doença e tratamento melhorando a qualidade de vida. Para tal, é imprescindível que os enfermeiros compreendam a natureza, incidência e severidade relativa de cada efeito secundário e que estejam cientes das atividades de autocuidado eficazes para reduzir a gravidade dos efeitos colaterais (Yarbro, Frogge and Goodman, 2005).

2. EFEITOS SECUNDÁRIOS DA QUIMIOTERAPIA

- Toxicidade Hematológica

Os sinais de mielosupressão são a neutropenia, trombocitopenia e anemia.

O período de nadir está presente e corresponde, ao tempo entre a administração do cistostático e o aparecimento do menor valor de contagem hematológico. Este varia de acordo com as características individuais de cada cistostático, ocorrendo habitualmente entre o 7º e o 10º dia após o tratamento (Polovich, Olson & LeFebvre, 2014).

Neutropenia
<ul style="list-style-type: none">• Neutropenia é a significativa redução do número de neutrófilos que circulam no sangue;• Os neutrófilos são a primeira linha de defesa contra a infecção, nesse sentido, a sua redução significa um risco aumentado de infecção;• A neutropenia febril é uma das complicações mais graves da quimioterapia sistêmica, sendo considerada uma emergência oncológica.

Fonte: [(NCI , 2015a); (Buduhan et al , 2010e)]

Anemia
<ul style="list-style-type: none">• Anemia é uma redução do número de eritrócitos circulantes no sangue ou do nível de hemoglobina, provocando uma redução da capacidade de transporte de oxigênio no sangue.

Fonte: (NCI, 2015b)

Trombocitopenia
<ul style="list-style-type: none">• Trombocitopenia é considerada uma baixa contagem de plaquetas. Os valores habituais variam entre 150.000 a 400.000mm³;• Uma baixa contagem de plaquetas pode resultar em alterações cutâneas (petéquias) e perdas hemáticas em diversos orifícios naturais (nariz, gengivas, trato urinário, trato gastrointestinal);• O risco de hemorragia está presente quando as plaquetas se encontram

abaixo dos 50.000mm³;

- No caso de os valores se encontrarem abaixo dos 10.000 existe um risco aumentado de hemorragia ao nível do trato gastrointestinal, respiratório e do SNC, podendo ser fatal.

Fonte: [(NCI, 2015c); (Polovich, Olson & LeFebvre, 2014)]

- Toxicidade gastrointestinal

Os antineoplásicos atingem as células de rápida divisão como as células da mucosa do trato gastrointestinal. Assim, estes têm a capacidade de provocar vários problemas como é o caso das náuseas, vômitos, diarreia, obstipação, mucosite, entre outros (Polovich, Olson & LeFebvre, 2014).

Náuseas e vômitos

- Estes estão associados a um enfraquecimento da condição física, a um desequilíbrio eletrolítico, a alterações do estado nutricional e a uma deterioração na qualidade de vida que, por vezes, leva os doentes a não aderirem ao tratamento ou a uma interrupção ou alteração do mesmo;
- Náusea é considerada uma experiência subjetiva e desagradável que provoca alterações dos padrões de motilidade do sistema digestivo. As manifestações físicas incluem taquicardia, sudorese, tonturas, palidez, salivação excessiva e fraqueza;
- Vômito é a expulsão forçada do conteúdo gástrico, duodenal ou do jejuno proximal através da boca.

Fonte: [(NCCN, 2016); (NCI, 2015d); (Polovich, Olson & LeFebvre, 2014)]

Mucosite

- A mucosite é uma inflamação generalizada das membranas mucosas, envolvendo toda a extensão do trato digestivo, incluindo a cavidade oral;
- Pode causar dor ou desconforto e interferir com a ingestão, a deglutição e a fala.

Fonte: [(ONS, 2016); (Buduhan et al, 2010a); (Polovich, Olson & LeFebvre, 2014)]

Diarreia

- A diarreia caracteriza-se por um aumento anormal na consistência das fezes

(tendencialmente líquidas) e da frequência de dejeções (mais de 4 vezes por dia em relação ao seu normal), podendo ser acompanhada por cólicas abdominais;

- A diarreia pode originar situações de desidratação, desequilíbrios eletrolíticos, alterações no estado nutricional, perda de peso e consequentemente levar a atrasos no tratamento e redução de doses.

Fonte: [(ONS, 2017a); (Polovich, Olson & LeFebvre, 2014)]

Obstipação

- A obstipação caracteriza-se pela diminuição da passagem de fezes duras e secas, podendo esta ser irregular associada a distensão abdominal ou cólicas, bem como, dor abdominal ou rectal (inicia-se quando os sintomas são ocasionais ou intermitentes e quando é necessário o uso ocasional de emolientes de fezes, laxantes ou enemas)
- Pode estar relacionada com um sintoma presente no diagnóstico de cancro, como um efeito secundário à quimioterapia, como resultado de progressão de doença ou então outros fatores não relacionados com o cancro e o seu tratamento. As causas mais frequentes são uma inadequada ingestão de líquidos ou o uso de terapêutica analgésica (ex: opióides);
- Está associado a desconforto e dor abdominal ou rectal, náuseas ou vômitos, anorexia, oclusão intestinal, íleo paralítico, fissuras anais, hemorróidas, perfuração intestinal ou sepsis.

Fonte: [(ONS, 2017b); (Buduhan et al, 2010c); (Polovich, Olson & LeFebvre, 2014)]

Toxicidade dermatológica

- A quimioterapia pode provocar toxicidade dermatológica local e/ou sistémica, sendo que em termos sistémicos pode afetar o cabelo provocando alopecia e a pele com fotossensibilidade, hiperpigmentação e rash cutâneo (acompanhado por vezes de prurido), bem como, de alterações nas unhas);
- A incidência de reações cutâneas varia de acordo com os citostáticos e os regimes de tratamento utilizados e podem levar à descontinuidade ou atraso dos tratamentos;

- Os citostáticos mais associados a alto risco de alopecia são: ciclofosfamida, daunorrubicina, epirrubicina, doxorubicina, etoposido, ifosfamida, docetaxel, paclitaxel e vinorelbina;
- As manifestações incluem na sua maioria eritema acompanhado de edema, envolvendo na sua maioria as mãos, pés, pregas cutâneas como a região axilar e inguinal.

Fonte: [(ONS, 2017c); (Buduhan et al , 2010c); (Polovich, Olson & LeFebvre, 2014)]

Toxicidade Neurológica

- A neuropatia periférica é uma condição definida pela degeneração ou disfunção dos nervos periféricos, no trajeto da medula espinhal até à periferia, podendo ocasionar alterações motoras e sensitivas. Os doentes geralmente referem como início dos sintomas, sensação de formigamento das mãos e pés. Com o aumento da toxicidade pode progredir para dor muscular e diminuição da força;
- Neuropatia periférica é frequentemente associada aos agentes de platina, taxanos, alcalóides da vinca, entre outros;
- A ototoxicidade pode se verificar com o uso da cisplatina. Nos doentes oncológicos de cabeça e pescoço esta toxicidade é exacerbada quando combinado a quimioterapia com a radioterapia.

Fonte: [(ONS, 2017d); (Polovich, Olson & LeFebvre, 2014); (Magalhães et al, 2012)]

Toxicidade renal e vesical

- Os rins são os principais órgãos excretadores das drogas quimioterápicas e, por isso, a prevenção da toxicidade renal e vesical é fundamental para a eficácia do tratamento quimioterápico. Os sinais e sintomas mais comuns de toxicidade renal são: disúria, hematúria, edema periférico, estase jugular, náuseas e vômitos, dor lombar e/ou nos flancos e taquipneia.
- A cisplatina é um dos principais citostáticos responsáveis pela toxicidade renal.

Fonte: [(Costa, Magalhães, Félix, Costa & Cordeiro, 2005); (Polovich, Olson & LeFebvre, 2014); (ONS, 2014)]

Toxicidade Reprodutiva e Sexual

- A quimioterapia tem a capacidade de provocar várias alterações sexuais, podendo levar até a problemas de fertilidade. Estas alterações manifestam-se de forma diferente na mulher e no homem e de acordo com os fármacos e doses utilizados, podendo ter um carácter irreversível;
- A quimioterapia pode afetar a função gonadal, levando à inibição do desejo sexual e da excitação, anorgasmia, perda da sensação de bem-estar e da reação a estímulos. Nas mulheres esta pode dar início a um processo de falência da função ovariana e induzir a menopausa prematura. As alterações fisiológicas associadas à menopausa, tais como alterações na lubrificação, atrofia vaginal e dispareunia, contribuem para o desconforto durante o ato sexual e afetam o interesse da mulher pelo mesmo;
- Nos homens a quimioterapia, pode levar à atrofia testicular, afetando a fertilidade, bem como disfunção erétil devido a alterações hormonais e neuropatia;
- Os agentes alquilantes, (ex: ciclofosfamida, cisplatina, dacarbazina, ifosfamida), antraciclinas e alcalóides da vinca têm um grande impacto na fertilidade do homem e da mulher. Os taxanos aumentam o risco de amenorreia.

Fonte: [(Galbraith, 2008); (Polovich, Olson & LeFebvre, 2014); (Buduhan et al, 2010g); (American Cancer Society, s.d.)]

3. EFEITOS SECUNDÁRIOS AGUDOS DA RADIOTERAPIA

Segundo Poirier (2013) os efeitos colaterais agudos mais comuns da radioterapia na região de cabeça e pescoço são: radiodermite, radiomucosite (resultando em dor e deficiências nutricionais), disgeusia e xerostomia.

Os efeitos secundários relacionados com a radioterapia na área da cabeça e pescoço começam após aproximadamente duas semanas de tratamento e aumentam a gravidade ao longo do tratamento. Os doentes que recebem quimioterapia concomitante podem ter início dos sintomas mais cedo e com maior gravidade dos efeitos secundários. A maioria dos efeitos secundários agudos resolve-se em duas a quatro semanas após a conclusão da radioterapia (Poirier, 2013).

Radiodermite

- Radiodermatite é a resposta do sistema tegumentar à exposição da radiação ionizante. As alterações cutâneas a curto prazo podem variar desde a erupção eritematosa até ao desenvolvimento de descamação e necrose;
- Os efeitos tardios podem aparecer meses a anos após o tratamento de radiação e incluem alterações de pigmentação, telangiectasia, fotossensibilidade, fibrose, atrofia, cicatrização de feridas retardada e outras complicações da cirurgia dentro do campo de tratamento de radiação.

Fonte: [(ONS,2017e); (Hughes et al, 2012)]

Radiomucosite

- A mucosite induzida por radiação é um problema agudo frequente, pois as células epiteliais da mucosa são radiossensíveis;
- Mucosite, ulceração e inflamação das membranas mucosas são esperados e provocam, muitas vezes, efeitos colaterais dolorosos resultantes da alta dose de radioterapia na região da cabeça e pescoço. O eritema da mucosa geralmente começa após duas ou três semanas do início do tratamento podendo evoluir até uma dolorosa ulceração;
- Todas estas alterações podem comprometer a barreira epitelial natural que

protege a cavidade oral de bactérias patogénicas e fungos, aumentando o risco de desenvolver infeções orais. Normalmente, as infeções orais podem ser de origem bacteriana, fúngica ou viral.

Fonte: [(Yarbro, Frogge & Goodman, 2005); (Otto, 2000)]

Disgeusia

- A disgeusia é definida como alteração do paladar e pode ocorrer a partir da segunda semana de tratamento, associado também a perda de apetite e de peso.

Fonte: [(Yarbro, Frogge & Goodman, 2005)]

Xerostomia

- A xerostomia é uma secura anormal na boca caracterizada por uma diminuição acentuada e / ou espessamento da saliva que pode ser de natureza aguda ou crónica.
- As consequências da xerostomia são o aumento do risco de:
 - Infeção local / infeção sistémica - fúngica, bacteriana, viral;
 - Nutrição alterada - desidratação, desnutrição, perda de peso, dificuldades em comer alimentos secos e beber;
 - Aumento da taxa de cárie dentária, gengivite, osteorradionecrose;
 - Alterações na fala e no paladar;
 - Atraso, redução ou interrupção do tratamento;
 - Influência na qualidade de vida, podendo provocar sofrimento psicológico.

Fonte: [(Buduhan et al, 2010d)]

4. GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO

A gestão do regime terapêutico é um foco da prática de enfermagem (ICN, 2010, p. 42).

O tratamento de Quimioterapia e Radioterapia têm especificidades próprias, e torna-se fundamental a ocorrência de um comportamento de adesão no que diz respeito à gestão do regime terapêutico, com um comportamento de “executar as atividades, cumprindo um programa de tratamento da doença e das suas complicações, atividades essas que são satisfatórias para atingir objetivos específicos de saúde, integrar atividades para o tratamento ou prevenção da doença na vida diária” (CIPE, 2001, p.58).

De acordo com o referido é fundamental discutir com o doente e família o regime dos tratamentos, razão dos mesmos, expectativas do regime, efeitos secundários, alterações necessárias no estilo de vida, cuidados de *follow-up* necessários e recursos disponíveis, pois a adesão de comportamentos saudáveis são necessários para a recuperação e prevenção de complicações (Otto, 2000).

A Gestão do Regime Terapêutico está diretamente relacionada com a gestão das várias condicionantes resultantes do tratamento (CIPE, 2001), daí subentende-se a inclusão dos vários tópicos que se seguem procurando focar o conhecimento do doente, de forma a capacitá-lo.

Cuidados de Higiene
Instrui o doente sobre: <ul style="list-style-type: none">- O banho ser diário;- Utilizar água tépida e gel de banho com PH neutro;- Utilizar um champô suave (ex: champô de bebé);- Lavar e secar cuidadosamente a região das axilas, virilhas, genitais e pregas cutâneas, utilizando uma toalha macia;- Lavar as mãos após idas à casa de banho, antes e após das refeições, no manusear os alimentos e sempre que se justifique);- Fazer a barba recorrendo à máquina de barbear elétrica, de preferência nos dias em que não realiza sessão de radioterapia, evitando cremes depilatórios, ceras ou lâminas de depilação;- Não utilizar produtos irritantes ou abrasivos que contenham álcool (<i>after shave</i>,

desodorizante, perfumes, entre outros);

- Aplicar creme recomendado pelo enfermeiro, várias vezes por dia (no mínimo 4x/dia), exceto nas quatro horas antes da sessão de radioterapia;
- Utilizar roupas de algodão, largas, respiráveis e de preferência sem costuras;
- Evitar a exposição solar direta através de vestuário e aplicar um protetor solar (protetor solar no mínimo de FPS 30);
- Utilizar um detergente suave para a lavagem da roupa;
- Aconselhar, no caso dos doentes traqueostomizados ou traqueotomizados, a ter cuidados redobrados na limpeza das cânulas e da pele circundante e na substituição dos meios de fixação, por forma, a reduzir o risco de infeção, de humidade e de fricção ou traumatismo da pele.

Fonte: [(Mannix et al, 2012); (Buduhan et al , 2010e); (Hughes et al, 2012); (NCI, 2011);(NCI, 2016)]]

Cuidados de Higiene Oral

Instrui o doente sobre:

- Examinar diariamente a mucosa oral e reportar alterações da mesma;
- Utilizar escova de dentes macia e pasta de dentes rica em flúor com sabor neutro, num mínimo quatro vezes dia (para prevenção das cáries de radiação e para evitar irritar as gengivas);
- Bochechar a boca com recurso a uma solução salina normal (dissolver um quarto de colher de chá de sal em um copo de água) ou bicarbonato de sódio (dissolver um quarto de colher de chá de bicarbonato de sódio em um copo de água) ou então com bochechos compostos se prescrito. Estes devem ser realizados no mínimo quatro vezes dia (depois das refeições e antes de dormir) e aumentar a sua frequência sempre que se justifique (no caso de alterações em grau moderado deve aumentar a frequência para cada 2 a 4 horas e em grau severo aconselha-se de hora em hora);
- Proteger os lábios com lubrificante à base de água;
- Remover próteses ou placas dentárias antes da higiene oral, escovar e enxaguar as mesmas após cada refeição e antes de dormir, colocá-las em solução de lavagem oral e enxaguar antes de as colocar novamente. Não utilizar prótese dentárias pelo menos 8 horas diárias (por exemplo, no período noturno) e caso esteja sensível a mucosa oral, utilizar apenas durante a refeição.

Fonte: [(Buduhan et al, 2010a); (MASCC, 2014.); (Lambertz et al, 2010); (NCI, 2011);(NCI, 2016)]

Cuidados Alimentares

Instrui o doente sobre:

- Cuidados gerais e de confeção
 - Lavar bem os alimentos que se pretenda cozinhar;
 - Verificar sempre a data de embalagem e o prazo de validade dos alimentos;
 - Utilizar o microondas ou frigorífico para descongelar e posteriormente cozinhar os alimentos de imediato;
 - Cozinhar bem os alimentos, a altas temperaturas, para que não persistam partes cruas;
 - Evitar frutos do mar, ovos e ainda bebidas ou queijos não pasteurizados;
 - De preferência, escolher refeições leves, em pequena quantidade, frequentes (5 a 6 x por dia) e em ambiente relaxante;
 - Optar por alimentos de elevado teor proteico (carne, peixe; leguminosas);
 - Ingerir pelo menos 1,5l de água por dia, caso a água tenha um sabor desagradável substitua por sumos ou chá.
- Se náuseas/ vômitos
 - Instruir o doente acerca da importância da hidratação, de forma gradual, de acordo, com a tolerância;
 - Fracionar as refeições (ingerir alimentos em pequenas quantidades de cada vez de acordo com a tolerância);
 - Evitar alimentos condimentados (ácidos, picantes, salgados);
 - Escolher alimentos à temperatura ambiente, alimentos com odores suaves;
 - Evitar a cozinha durante a preparação da refeição se o cheiro dos alimentos diminuir o apetite ou contribuir para a náusea;
- Se mucosite
 - Estimular o doente à ingestão diária de líquidos, de forma, a ajudar a manter a mucosa oral húmida;
 - Adotar uma dieta equilibrada rica em proteínas selecionando alimentos macios, húmidos e suaves;
 - Evitar alimentos secos, picantes, ácidos, quentes, ricos em açúcar pois podem promover o aparecimento de caries dentárias;

- Se diarreia

- Reforçar a ingestão de líquidos (ao longo do dia e em pequenas quantidades);
- Optar por uma dieta pobre em fibras (ex: arroz, massas, pão de trigo e batatas), alimentos com baixo teor de gordura e sem especiarias (ex: galinha, peru ou peixe cozido ou em caldo);

- Se obstipação

- Incentivar ao aumento da ingestão de fibras (ex: pão, cereais integrais, hortaliças, legumes e frutos frescos);
- Reforçar a hidratação diária.

Fonte:[(Lambertz et al, 2010); (Buduhan et al, 2010a); (Buduhan et al, 2010b); (Buduhan et al, 2010c); (Buduhan et al, 2010f); (NCI, 2011);(NCI, 2016)]

Atividade Social e Profissional

Instrui o doente sobre:

- A presença da fadiga durante os tratamentos. Esta pode afetar a quantidade de energia para a atividade profissional, por isso aconselhe o doente a discutir as diversas opções com o médico assistente;
- Escolher as atividades do dia-a-dia ou lazer de acordo com a sua vontade e grau de energia, evitando grandes variações de temperatura e exposição solar (utilizar sempre medidas de proteção como o chapéu e o protetor solar);
- Evitar locais de grande concentração de pessoas tais como centros comerciais, supermercados, cinemas, transportes públicos, entre outros. Caso tenha que se deslocar a esses locais, deve-o fazer nas horas de menor afluência;
- Evitar todos os contactos com pessoas doentes.

Fonte: [(Van der Meuller et al, 2012); (Lambertz et al, 2010); (NCI, 2011);(NCI, 2016)]

Atividade sexual
<p>Instruir o doente sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perda temporária ou permanente da função ovariana e testicular, resultando em infertilidade; - Presença de sintomas prematuros da menopausa para as mulheres, como é o caso da diminuição da libido e da lubrificação; - As alterações do desejo, interesse e da capacidade do doente em se envolver em atividades sexuais (por exemplo, fadiga, dor, dispneia, náusea) e o distúrbio psicológico (por exemplo, ansiedade, depressão, medo, incerteza) que pode diminuir a energia, a capacidade de se concentrar e relaxar; - A importância de prevenção da gravidez, proteção da infeção e evitar a exposição do parceiro à quimioterapia através de fluidos corporais. <p>Cuidados a ter:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recorrer ao uso de lubrificantes; - Utilizar o preservativo não só como método contraceptivo mas também como forma de prevenir a transmissão de doenças oportunistas.

Fonte: [(Buduhan et al, 2010g); (American Cancer Society, s.d.); (NCI, 2011);(NCI, 2016)]

Vigilância de Saúde
<p>Instruir o doente sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Datas de consultas, análises, medicação e outros exames que se justifiquem; - Os principais cuidados com o cateter venoso central (CVC) (caso se aplique), nomeadamente, com a prevenção da infeção, obstruções, deslocação e rutura do cateter: <ul style="list-style-type: none"> • Dirigir-se ao Hospital de Dia de Quimioterapia nos casos de manutenção do CVC e realização do penso, de acordo com a indicação da equipa de enfermagem. A manutenção do cateter exige a sua heparinização, sendo recomendado o período de 8 em 8 semanas, prevenindo-se o risco de obstruções. Reforçar a importância de não faltar nos dias em que está prevista a manutenção do cateter; • Não ser administrado vacinas, nem realizar tratamentos dentários durante o período de tratamento, exceto se houver autorização do médico assistente; • Informar ou contactar a equipa de enfermagem se identificar alterações no penso ou no local de inserção do cateter;

- No caso de detetar alguma alteração no cateter em simultâneo com a perfusão de quimioterapia por bomba infusora, deve clampar o mesmo e dirigir-se ao hospital o mais rapidamente possível.

Fonte: (Urden et al, 2008); (NCI, 2016)]

Situações em que deve contactar ou recorrer ao Hospital

Instruir o doente sobre:

- Estar atento às alterações anormais que possam surgir e, nesses casos, comunicá-las de imediato à equipa de saúde. Assim deve contactar ou recorrer ao Hospital sempre que:

- Tiver febre (igual ou superior a 38°C);
- Tenha tosse persistente ou falta de ar;
- Note alterações da urina ou queixas urinárias;
- Note alterações da consistência ou cor das fezes;
- Surja alterações da pele;
- Tenha hemorragia;
- Náuseas e vómitos não controlados com medicação prescrita pelo médico;
- Apresente dor persistente, não controlada com medicação prescrita pelo médico;
- Em qualquer caso de dúvida.

Fonte: (NCI, 2011)

Serviços de apoio

Informar sobre serviços de apoio ao doente:

- Lar de Doentes

Os doentes que tiveram alta clínica, e que realizam tratamentos em ambulatório e que estão longe da sua área de residência, podem ficar no lar de doentes do IPOLFG. O encaminhamento deverá ser efetuado pela assistente social que intervém no Serviço de Oncologia Médica.

- Liga Portuguesa Contra o Cancro

- Movimento de Apoio a Laringectomizados (MovApLar)

5. CONTINUIDADE DE CUIDADOS

Como as necessidades de adaptação não se circunscrevem ao período de internamento, aconselha-se o encaminhamento da pessoa para serviços internos ou da comunidade, pois o desenvolvimento de um plano de continuidade de cuidados é vital para o acompanhamento do doente, reduzindo a possibilidade de não adesão ao regime terapêutico, mantendo a sua satisfação e contribuindo para a segurança dos cuidados. Este deve ser iniciado pelo menos até 72 horas após o tratamento para avaliar o doente e para determinar se os efeitos colaterais estão a ser geridos adequadamente (Portz & Johnston, 2014).

A continuidade de cuidados do doente oncológico de cabeça e pescoço deve estabelecer-se pela articulação com a equipa de enfermagem da consulta de enfermagem de oncologia médica e com a consulta de enfermagem de radioterapia. Este encaminhamento deve ser realizado pelo enfermeiro durante a preparação da alta, através de um prévio contacto telefónico com a equipa de enfermagem e posteriormente deve indicar a data da consulta à administrativa para se proceder à marcação.

6. OPERACIONALIZAÇÃO DO PROCESSO EDUCATIVO NA CAPACITAÇÃO PARA O AUTOCUIDADO DA PESSOA COM DOENÇA ONCOLÓGICA DE CABEÇA E PESCOÇO SOB QUIMIORADIOTERAPIA

Para a operacionalização do processo educativo sobre os cuidados inerentes ao regime de quimioradioterapia, foi elaborada uma *checklist* (Apêndice XIII) que contém as principais temáticas relativas ao tratamento de quimioradioterapia distribuídas por vários momentos de ensino, bem como, o registo e a avaliação da atividade de ensino e um guia com recomendações dirigido ao doente (Apêndice XIV).

Estes têm como objetivo criar um plano educativo com vista a sistematizar os ensinamentos realizados e a registar e validar as intervenções educativas, contribuindo para a continuidade e visibilidade dos cuidados prestados.

O preenchimento da *checklist* deve ser realizado pelo enfermeiro que está responsável pelo doente, indicando o dia em que o ensino foi realizado, o correspondente à sua validação e indicando a pessoa alvo de ensino (doente e/ ou cuidador principal). Esta deve ser aplicada quando o doente é admitido pela primeira vez no serviço e reforçada em todos os internamentos subsequentes para realização de tratamento de acordo com as necessidades afetadas.

Em relação ao guia com recomendações dirigido ao doente, este deve ser entregue no período de admissão e deve ser registada na *checklist* a data de entrega do mesmo.

Foi ainda desenvolvido um algoritmo de operacionalização deste processo educativo, que se encontra disponível em apêndice.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Cancer Society. Acedido a: 10/01/2017. Disponível em: <https://www.cancer.org/treatment/treatments-and-side-effects/physical-side-effects/fertility-and-sexual-side-effects/how-cancer-affects-sexuality.html>.

Barbosa, M. (2009) *Continuidade de Cuidados...A gestão dos efeitos secundários da quimioterapia no domicílio*. Dissertação Mestrado em Ciências da Enfermagem não publicada, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto.

Buduhan, V., Cashman, R., Cooper, C., Levy, K & Syme, A. (2010a). *Symptom management guidelines: oral mucositis*. Acedido a: 30/12/2016. Disponível em: <http://www.bccancer.bc.ca/nursing-site/Documents/12.%20Oral%20Mucositis.pdf>.

Buduhan, V., Cashman, R., Cooper, C., Levy, K & Syme, A. (2010b). *Symptom management guidelines: cancer. Related diarrhea*. Acedido a: 30/12/2016. Disponível em: <http://www.bccancer.bc.ca/nursing-site/Documents/4.%20Diarrhea.pdf>.

Buduhan, V., Cashman, R., Cooper, C., Levy, K & Syme, A. (2010c). *Symptom management guidelines: constipation*. Acedido a: 30/12/2016. Disponível em: <http://www.bccancer.bc.ca/nursing-site/Documents/3.%20Constipation.pdf>.

Buduhan, V., Cashman, R., Cooper, C., Levy, K & Syme, A. (2010d). *Symptom management guidelines: Xerostomia*. Acedido a: 30/12/2016. Disponível em: <http://www.bccancer.bc.ca/nursing-site/Documents/18.%20Xerostomia.pdf>.

Buduhan, V., Cashman, R., Cooper, C., Levy, K & Syme, A., Sherriff, C. (2010e). *Symptom management guidelines: fever and neutropenia*. Acedido a 30/12/2016.

Disponível em: <http://www.bccancer.bc.ca/nursing-site/Documents/7.%20Fever%20and%20Neutropenia.pdf>.

Buduhan, V., Cashman, R., Cooper, C., Levy, K & Syme, A., Sherriff, C. (2010f). *Symptom management guidelines: cancer related nausea and vomiting*. Acedido a 30/12/2016. Disponível em: <http://www.bccancer.bc.ca/nursing-site/Documents/11.%20Nausea%20and%20Vomiting.pdf>.

Buduhan, V., Cashman, R., Cooper, C., Levy, K & Syme, A., Sherriff, C. (2010g). *Symptom management guidelines: intimacy and sexuality*. Acedido a 30/12/2016. Disponível em: <http://www.bccancer.bc.ca/nursing-site/Documents/Symptom%20Management%20Guidelines/7IntimacyandSexuality.pdf>.

Conselho Internacional de Enfermeiras (2003). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE/ICNP)- Versão Beta 2*. (2.^a ed.). Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.

Conselho Internacional de Enfermeiras (2010). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem -versão 2.0*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Costa, C., Magalhães, H., Félix, R., Costa, A., Cordeiro, S. (2005). *O Cancro e a qualidade de vida*. Sintra: Novartis.

Galbraith, F. (2008). Alterations of sexual function in men with cancer. *Semin Oncol Nurs*. 24(2), 102-114.

Hughes, A., Mitchel, A., Bianchin, J., Goodwin, F., Guidote, N., Gunderson, R. ... Yendley, K. (2012). *Symptom management guidelines. Radiation dermatitis*. Acedido a: 30/12/2016. Disponível em: <http://www.bccancer.bc.ca/nursing-site/Documents/16.%20Radiation%20Dermatitis.pdf>.

Lambertz, C., Gruell, J., Robenstein, V., Mueller-Funaiole, V., Cummings, K., Knapp, V. (2010). NO STOPS: Reducing treatment breaks during chemoradiation for head and neck cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 14(5), 585-593. doi: 10.1188/10.CJON.585-593.

Magalhães, F., Ribeiro, D., Tomé, D., Quelas, H., Lobão, M & Pereira, H. (2012). *Efeitos auditivos em doentes com tumores de cabeça e pescoço e tumores cerebrais sujeitos a radioterapia e terapia combinada*. 26(4), 141-144. Acedido a: 30/12/2016. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/am/v26n4/v26n4a01.pdf>.

MASCC (2014). Acedido a: 20/11/2016. Disponível em: <http://www.mascc.org/oral-care-education>

National Cancer Institute (2011). *Chemotherapy and you. Support for people with cancer*. Acedido a: 28/12/2016. Disponível em: <https://www.cancer.gov/publications/patient-education/chemo-and-you>.

National Cancer Institute (2015a). Infection and neutropenia. Acedido a: 28/12/2016. Disponível em: <https://www.cancer.gov/about-cancer/treatment/side-effects/infection>.

National Cancer Institute (2015b). *Anemia*. Acedido a: 28/12/2016. Disponível em: <https://www.cancer.gov/about-cancer/treatment/side-effects/anemia>.

National Cancer Institute (2015c). *Bleeding and bruising (thrombocytopenia)*. Acedido a: 28/12/2016. Disponível em: <https://www.cancer.gov/about-cancer/treatment/side-effects/bleeding-bruising>.

National Cancer Institute (2015c). *Nausea and vomiting related to cancer treatment*. Acedido a: 28/12/2016. Disponível em: <https://www.cancer.gov/about-cancer/treatment/side-effects/nausea/nausea-pdq>.

National Cancer Institute (2016). *Radiation therapy and you. Support for people with cancer.* Acedido a: 28/12/2016. Disponível em: <https://www.cancer.gov/publications/patient-education/radiationtherapy.pdf>.

National Comprehensive Cancer Network (2016). *Nausea and vomiting.* Acedido a: 26/12/2016. Disponível em: <https://www.nccn.org/patients/guidelines/nausea/files/assets/common/downloads/files/nausea.pdf>.

Oncology Nursing Society (2016). *Mucositis.* Acedido a: 26/12/2016. Disponível em: <https://www.ons.org/practice-resources/pep/mucositis>.

Oncology Nursing Society (2017a). *Diarrhea.* Acedido a: 03/03/2017. Disponível em: <https://www.ons.org/practice-resources/pep/diarrhea>.

Oncology Nursing Society (2017b). *Constipation.* Acedido a: 03/03/2017. Disponível em: <https://www.ons.org/practice-resources/pep/constipation>.

Oncology Nursing Society (2017c). *Skin reactions.* Acedido a: 03/03/2017. Disponível em: <https://www.ons.org/practice-resources/pep/skin-reactions>.

Oncology Nursing Society (2017d). *Peripheral Neuropathy.* Acedido a: 03/03/2017. Disponível em: <https://www.ons.org/practice-resources/pep/peripheral-neuropathy>.

Oncology Nursing Society (2017e). *Radiodermatitis.* Acedido a: 03/03/2017. Disponível em: <https://www.ons.org/practice-resources/pep/radiodermatitis>.

Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem.* Divulgar. Acedido a: 28/12/2016. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros (2007). *Recomendações para a elaboração de guias orientadores da boa prática de cuidados*. Acedido a: 1/02/ 2016. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/Recomend_Manusais_BPraticas.pdf.

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa*. Acedido a: 28/12/2016. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MCEEMC_RegulamentoCEE_SituacaoCronicaPaliativa.pdf.

Orem, D. (2001). *Nursing. Concepts of Practice*. (6ª ed.). Mosby. St. Louis.

Orem, D. E. (1995). *Nursing concepts of practice*. (5ª ed.). New York: Mosby.

Otto, S. E. (2000). *Enfermagem em Oncologia*. (3ª ed.). Loures: Lusociência.

Pedersen, B., Koktved, D.P., Nielson, L.L. (2012). Living with side effects from cancer treatment. A challenge to target information. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 715-723. doi: 10.1111/j.1471-6712.2012.01085.x.

Petronilho, F. (2012) *Autocuidado. Conceito central da enfermagem*. Coimbra. Formasau.

Phaneuf, M. (2001). *Planificação de cuidados. Um sistema integrado e personalizado*. Coimbra: Quarteto Editora.

Poirier, P. (2013). *Nursing-led management of side effects of radiation: evidence-based recommendations for practice*. DovePress, 3, 44-57. doi: <https://doi.org/10.2147/NRR.S34112>.

- Polovich, Olson & LeFebvre (2014). *Chemotherapy and biotherapy guidelines and recommendations for practice*. Oncology Nursing Society Publishers: Pittsburgh.
- Ream, E. Information and education for patients and families. Em Kearney, N., Richardson, A., Giulio, P. D. (2000). *Cancer Nursing Practice*. Edinburgh. Churchill Livingstone.
- Sobecki- Ryniak, D., Krousse, H. (2013). Head and neck cancer. Historical evolution of treatment and patient self-care requirements. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 17 (6), 659-663. doi: 10.1188/13.CJON.659-663.
- Stonecypher, K. (2009). Creating a patient education tool. *The Journal of Continuing Education in Nursing* .40 (10), 462-467.
- Stumm, E.; Leite, M. & Maschio, G. (2008). A nursing team's experiences rendering care to cancer patients. *Cogitare Enfermagem*, 13 (1), 75-82.
- Urden, D.L., Stacy, K.M., Lough, M. E. (2008). *Enfermagem de cuidados intensivos: Diagnósticos e intervenções*. (5ª ed.). Loures: Lusodidacta.
- Van Der Meulen, I.C., Leeuw, J.J., Gamel, C.J., Hafsteinsdóttir, T.B. (2012). Educational intervention for patients with head and neck cancer in the discharge phase. *European Journal of Oncology Nursing*, 17, 220-227. doi: 10.1016/j.ejon.2012.05.007.
- Wilson, F., Mood, D., Nordstrom, C.K. (2013). The influence of easy-to-read pamphlets about self-care management of radiation side effects on patients' knowledge. *Oncology Nursing Forum*, 37(6), 774-781.
- World Health Organization. (2002). *Innovative care for chronic conditions. Building blocks for action*. Geneva: WHO.

World Health Organization. (2003). *Adherence to long-term therapies. Evidence for action*. Geneva: WHO.

Yarbro, Frogge & Goodman (2005). *Cancer nursing. Principles and practice*. (6^a ed.). Jones and Bartlett Publishers: Sudbury, Massachusetts

APÊNDICES

Apêndice - Algoritmo do Processo Educativo

ALGORITMO DO PROCESSO EDUCATIVO

PROCESSO EDUCATIVO

Capacitação para o autocuidado do doente oncológico de cabeça e pescoço sob Quimiorradioterapia



Alvo do ensino: Doente e família /cuidador principal



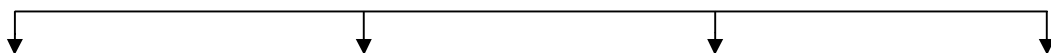
Registo de enfermagem: Ensino e Validação



Checklist

do

processo educativo



Efeitos Secundários da Quimioterapia

- Toxicidade hematológica
- Toxicidade gastrointestinal
- Toxicidade dermatológica
- Toxicidade neurológica
- Toxicidade renal e vesical
- Toxicidade reprodutiva e sexual

Efeitos Secundários da Radioterapia

- Radiodermite
- Radiomucosite
- Disgeusia
- Xerostomia

Gestão do Regime Terapêutico

- Cuidados de higiene corporal
- Cuidados de higiene oral
- Cuidados alimentares
- Atividade social e profissional
- Atividade sexual
- Vigilância de saúde (medicação, acesso venoso central, sinais e sintomas de alerta e situações em que deve recorrer ao serviço de urgência, serviços de apoio)

Continuidade de Cuidados

- Articulação com as equipas de enfermagem da consulta de enfermagem de oncologia médica e da radioterapia

Apêndice XIII – Instrumento de suporte educativo: *Checklist*

Checklist do Processo Educativo da Pessoa com Doença Oncológica de Cabeça e Pescoço sob Regime de Quimiorradioterapia

Folha nº ____

Identificação (Colar vinheta do Doente)	Data de Admissão	
	Data Prevista da Alta	
	Diagnóstico	
	Protocolo e Ciclo de Quimioterapia	
	Médico Assistente	
	Cuidador Principal	

Período de Admissão	Regime do Tratamento com Quimiorradioterapia Ensina sobre: <ul style="list-style-type: none"> • Conceito/ objetivos <input style="float: right;" type="checkbox"/> • Modo de administração, duração e periodicidade <input style="float: right;" type="checkbox"/> • Efeitos secundários presentes no tratamento <ul style="list-style-type: none"> - alterações hematológicas (neutropenia, trombocitopenia e anemia) <input style="float: right;" type="checkbox"/> - alterações gastrointestinais (náuseas/ vômitos, xerostomia, disfagia, disgeusia, mucosite, obstipação/diarreia) <input style="float: right;" type="checkbox"/> - alterações renais (edemas periféricos, hematúria, disúria) <input style="float: right;" type="checkbox"/> - alterações dermatológicas (alopecia, rash cutâneo, radiodermite, síndrome palmo-plantar, fotossensibilidade) <input style="float: right;" type="checkbox"/> - alterações neurológicas (neuropatia periférica, zumbidos, diminuição da acuidade auditiva) <input style="float: right;" type="checkbox"/> - alterações reprodutivas e sexuais (infertilidade, alterações da libido) <input style="float: right;" type="checkbox"/> • possíveis complicações <ul style="list-style-type: none"> - potencial risco de hemorragia <input style="float: right;" type="checkbox"/> - potencial risco de infeção <input style="float: right;" type="checkbox"/> 	Cuidados de Higiene Oral Ensina sobre a importância dos cuidados de higiene oral Instrui sobre: <ul style="list-style-type: none"> • vigiar a mucosa oral <input style="float: right;" type="checkbox"/> • como deve realizar a higiene oral e as suas etapas <input style="float: right;" type="checkbox"/> • a frequência e os momentos em que deve realizar os cuidados orais <input style="float: right;" type="checkbox"/> • qual o material que deve utilizar <input style="float: right;" type="checkbox"/> • quais os produtos de higiene oral adequados <input style="float: right;" type="checkbox"/>
	Cateter Venoso Central Subcutâneo (caso se aplique) Ensina sobre: <ul style="list-style-type: none"> • os objetivos de colocação do CVC <input style="float: right;" type="checkbox"/> • o procedimento relativo à colocação do CVC <input style="float: right;" type="checkbox"/> 	Cuidados Traqueais (caso se aplique) Ensina sobre a importância dos cuidados traqueais Instrui sobre: <ul style="list-style-type: none"> • quais os cuidados a ter antes e depois do procedimento; <input style="float: right;" type="checkbox"/> • qual o material necessário <input style="float: right;" type="checkbox"/> • quando deve substituir o material de fixação e o penso traqueal <input style="float: right;" type="checkbox"/> • quando colocar a proteção (filtro, compressa/ lenço) <input style="float: right;" type="checkbox"/> Treina sobre: <ul style="list-style-type: none"> • a limpeza da cânula interna e externa <input style="float: right;" type="checkbox"/> • a limpeza da pele peri- cânula <input style="float: right;" type="checkbox"/>
	Cuidados de Higiene Corporal Ensina sobre a importância da realização dos cuidados de higiene Instrui sobre: <ul style="list-style-type: none"> • a lavagem das mãos (principalmente nas idas à casa de banho e nos momentos das refeições, utilizando água e sabão) <input style="float: right;" type="checkbox"/> • o produto de higiene corporal mais adequado para utilizar no banho <input style="float: right;" type="checkbox"/> • o creme indicado, a sua frequência e local de aplicação na zona irradiada <input style="float: right;" type="checkbox"/> • evitar perigos <ul style="list-style-type: none"> - uso de lâminas <input style="float: right;" type="checkbox"/> - uso de produtos depilatórios <input style="float: right;" type="checkbox"/> - uso de produtos perfumados <input style="float: right;" type="checkbox"/> - exposição solar <input style="float: right;" type="checkbox"/> 	Alimentação Ensina sobre a importância de uma correta alimentação Instrui sobre: <ul style="list-style-type: none"> • polifracionamento das refeições <input style="float: right;" type="checkbox"/> • diversificar os alimentos <input style="float: right;" type="checkbox"/> • tipo de alimentos desaconselhados (alimentos crus ou mal cozinhados, condimentados ou com acidez, alimentos fritos ou com excesso de gordura) <input style="float: right;" type="checkbox"/> • os cuidados com a confeção e conservação dos alimentos <input style="float: right;" type="checkbox"/> • a importância da ingestão hídrica (aconselhado no mínimo 1,5l) <input style="float: right;" type="checkbox"/>
		Alimentação por SNG ou PEG (caso se aplique) Instrui sobre: <ul style="list-style-type: none"> • o material necessário <input style="float: right;" type="checkbox"/> • a posição adequada <input style="float: right;" type="checkbox"/> • verificação da correta localização (SNG) <input style="float: right;" type="checkbox"/> • verificação do conteúdo gástrico <input style="float: right;" type="checkbox"/> Treina sobre: <ul style="list-style-type: none"> • administração de alimentos, líquidos e medicação <input style="float: right;" type="checkbox"/> • limpeza da sonda ou PEG <input style="float: right;" type="checkbox"/> • limpeza da pele circundante (PEG) <input style="float: right;" type="checkbox"/>
	Data de ensino ____/____/____ Enfermeiro: _____	Doente <input style="float: right;" type="checkbox"/> Cuidador Principal <input style="float: right;" type="checkbox"/>
	Validação do ensino ____/____/____ Enfermeiro: _____	Resultado do ensino Conhecimento demonstrado <input style="float: right;" type="checkbox"/> Necessita de reforço <input style="float: right;" type="checkbox"/> Conhecimento não demonstrado <input style="float: right;" type="checkbox"/>

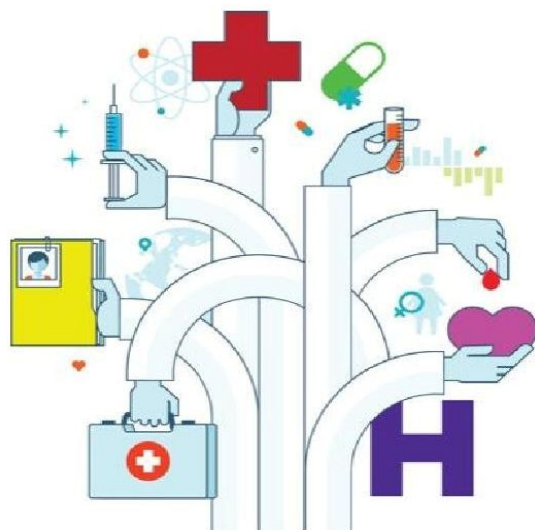
Período de administração de QT	Vestuário Ensina sobre o uso de vestuário adequado: • limpo, largo, de algodão e sem costuras nas zonas irradiadas <input type="checkbox"/>	Deteção Precoce de Complicações Ensina sobre: Situações em que deve recorrer ao SANP (serviço de atendimento não programado) • febre <input type="checkbox"/> • tosse persistente ou falta de ar <input type="checkbox"/> • alterações da urina ou queixas urinárias <input type="checkbox"/> • alterações da consistência ou cor das fezes <input type="checkbox"/> • alterações da pele e mucosas <input type="checkbox"/> • hemorragias <input type="checkbox"/> • náuseas e vômitos não controlados com medicação prescrita pelo médico <input type="checkbox"/> • dor persistente não controlada com medicação prescrita pelo médico <input type="checkbox"/>
	Atividade social / profissional Ensina sobre: • evitar perigos (evitar locais de grande concentração de pessoas, evitar contacto com pessoas doentes) <input type="checkbox"/> • falar com o médico assistente sobre quando pode regressar à sua atividade profissional ou escolar <input type="checkbox"/> • planear de atividades de acordo com o nível de energia, promovendo momentos de descanso <input type="checkbox"/>	
	Atividade Sexual Ensina sobre as implicações para a atividade sexual (diminuição do desejo sexual, compromisso da fertilidade, alteração na lubrificação dos órgãos genitais), uso de método contraceptivo e de lubrificantes <input type="checkbox"/>	
	Data de ensino ____/____/____ Enfermeiro: _____ Validação do ensino ____/____/____ Enfermeiro: _____	Doente <input type="checkbox"/> Cuidador Principal <input type="checkbox"/> Resultado do ensino Conhecimento demonstrado <input type="checkbox"/> Necessita de reforço <input type="checkbox"/> Conhecimento não demonstrado <input type="checkbox"/>

Período pós administração de QT	Medicação Ensina sobre a importância da adesão ao regime medicamentoso Instrui sobre: • medicação <input type="checkbox"/> • dias e horários das tomas <input type="checkbox"/> • efeitos secundários <input type="checkbox"/> Fornece a medicação de ambulatório <input type="checkbox"/> Fornece as receitas médicas <input type="checkbox"/>	Cateter Venoso Central Subcutâneo (caso se aplique) Ensina sobre os cuidados a ter com a manutenção do CVC • evitar molhar o penso <input type="checkbox"/> • heparinização do CVC <input type="checkbox"/> Serviços de Apoio Fornece informação sobre alguns dos recursos existentes que servem de apoio ao doente: • Lar de doentes <input type="checkbox"/> • Liga Portuguesa Contra o Cancro <input type="checkbox"/> • MovApLar- Movimento de Apoio a Laringectomizados <input type="checkbox"/>
	Data de ensino ____/____/____ Enfermeiro: _____	Doente <input type="checkbox"/> Cuidador Principal <input type="checkbox"/>
	Validação do ensino ____/____/____ Enfermeiro: _____	Resultado do ensino Conhecimento demonstrado <input type="checkbox"/> Necessita de reforço <input type="checkbox"/> Conhecimento não demonstrado <input type="checkbox"/>

Continuidade de cuidados		Data ____/____/____ Enfermeiro _____
• Fornece o guia de recomendações sobre o tratamento <input type="checkbox"/> • Fornece as marcações previstas (consultas, análises, exames, tratamentos) <input type="checkbox"/> • Promove a articulação com a Consulta de Enfermagem de Oncologia Médica (marcar consulta para 72h após a alta) <input type="checkbox"/> • Promove a articulação com a Consulta de Enfermagem de Radioterapia (contactar equipa de enfermagem de radioterapia) <input type="checkbox"/>		

Apêndice XIV – Guia com recomendações a entregar ao doente

Guia de Recomendações Tratamento de Quimioradioterapia



Fonte: General Surgery News, 2016

Índice

Introdução	2
Quimioterapia.....	3
Radioterapia.....	4
Cuidados de Higiene.....	5
Cuidados de Higiene oral	7
Alimentação	8
Atividade social e profissional	13
Atividade sexual	14
Vigilância de saúde	15
Situações em que deve contactar o hospital	17
Serviços de apoio	18

Introdução

Este guia tem como objetivo ajudá-lo a si e à sua família a compreender melhor o tratamento que vai iniciar e saber quais os cuidados a ter neste período.

É importante saber cuidar de si durante o tratamento, por isso, deve ter em atenção a algumas medidas a adotar nos seus hábitos de vida que o irão ajudar a participar ativamente nesta etapa.

Neste folheto informativo tem ao dispor todas as informações e conselhos úteis para o ajudar a regressar a casa de forma mais segura e tranquila, dando assim continuidade aos cuidados iniciados no internamento.

Lembre-se que os assuntos abordados não dispensam as explicações fornecidas pelos profissionais de saúde, por isso, em caso de dúvidas não hesite em esclarecê-las.

Quimioterapia

A quimioterapia é um dos tratamentos utilizados contra o cancro.



Fonte: Onco +

Habitualmente a quimioterapia é administrada em instituições hospitalares, em regime de internamento ou em ambulatório.

O tratamento consiste em introduzir no organismo substâncias químicas com capacidade de destruir as células tumorais.

A quimioterapia é administrada em ciclos, ou seja, com uma determinada periodicidade, de modo a haver um tempo de descanso para recuperar dos efeitos secundários que possam surgir.

Radioterapia Externa

A radioterapia, tem o objetivo de destruir as células tumorais, através de radiações que incidem sobre a área do corpo a tratar.

Para iniciar o tratamento tem primeiro que realizar um exame de imagem (TAC). Esta determina o melhor posicionamento do corpo para o tratamento e localiza a área a ser tratada através de pequenas tatuagens.

O tratamento é indolor, como se estivesse a fazer um RX. A radiação é dirigida através de um aparelho situado longe do seu corpo.

Durante o tratamento é necessário colocar uma máscara para facilitar a imobilização durante os tratamentos.



Fonte: National Cancer Institute

O tratamento é diário, de segunda a sexta-feira e cada sessão demora cerca de 5 minutos.

Cuidados de Higiene

Os cuidados de higiene são muito importantes na prevenção de infeções e na proteção da pele.

Aconselha-se uma higiene cuidada e diária. Lave o corpo



Fonte: National Cancer Institute

com água tépida e seque-o cuidadosamente com uma toalha macia, dando especial cuidado às pregas da pele. De preferência utilize um gel de banho com PH neutro e um champô suave.

Aplique creme hidratante em todo o corpo e mude de roupa diariamente. A roupa deve ser larga, de algodão e de preferência sem costuras a que está em contacto direto com a pele (pode virar a roupa interior do avesso). Para a lavagem da roupa opte por utilizar um detergente suave.

Na zona irradiada deve utilizar o creme que o enfermeiro lhe recomendou e aplicar várias vezes por dia (no mínimo quatro vezes/dia). Atenção que 4h antes da sessão de radioterapia não deve aplicar creme.

A utilização de produtos depilatórios ou lâminas de depilação estão desaconselhadas.

Não utilize perfumes, desodorizantes, talco em pó, creme ou gel na zona irradiada.



Fonte: National Cancer Institute

Deve fazer a barba com máquina de barbear, de preferência nos dias em que não faz tratamento.

Deve proteger a pele da exposição solar direta, especialmente a da zona irradiada. Use sempre chapéu ou lenço e aplique um creme de proteção solar de fator elevado (no mínimo PFS 30).



Fonte: National Cancer Institute

Lave as mãos antes e depois de ir à casa-de-banho, antes e depois de comer e sempre que necessário.

Cuidados de Higiene Oral

Lave os dentes regularmente, em especial após as refeições e antes de ir dormir.



Fonte: National Cancer Institute

Utilize uma escova macia e uma pasta de dentes rica em flúor. Se sangrar das gengivas utilize uma esponja.

Após utilizar a escova de dentes seca-a bem e mude-a todos os meses.

Bocheche com as soluções aconselhadas pelo enfermeiro após a escovagem dos dentes. Pode fazê-lo também antes das refeições se sentir dor ao engolir.



Fonte: National Cancer Institute

Se utilizar prótese dentária (dentadura), lave-a após cada refeição e tire-a durante a noite.

Proteja os lábios com lubrificante à base de água.

Observe diariamente a sua boca e caso note alterações comunique ao médico ou enfermeiro.

Alimentação



Fonte: National Cancer Institute

A ingestão de líquidos e uma dieta variada e equilibrada são fundamentais para o bom funcionamento do organismo e a sua preparação e confeção são essenciais para ajudar a suportar os efeitos secundários e reduzir o aparecimento de infeções.

Para prevenção de infeções deve:

- Verificar sempre a data de embalagem e o prazo de validade dos alimentos;
- Descongelar os alimentos no micro-ondas ou frigorífico e nunca à temperatura ambiente e cozinhe-os imediatamente após descongelação;
- Cozinhar os alimentos a altas temperaturas(cozer, assar, estufar);
- Lavar bem os alimentos;
- Evitar alimentos crus ou mal cozinhados;
- Se sobrarem alimentos congele-os imediatamente após a confeção.



Fonte: National Cancer Institute

Os tratamentos podem alterar o seu paladar, diminuir apetite, causar náuseas e/ou vômitos, assim como provocar diarreia ou obstipação. Vão melhorar com o passar do tempo.

Existem algumas medidas que o podem ajudar a controlar esses sintomas:



Fonte: Oncosul

- Coma várias vezes ao longo do dia, de preferência de 2 em 2 horas, e em pequenas quantidades de cada vez;
- Coma sentado e não se deite logo após a refeição;
- Coma devagar, tente realizar as refeições acompanhado ou a ouvir música ou a assistir TV e evite cheiros desagradáveis durante a refeição;
- Escolha alimentos leves, à temperatura ambiente, com aspeto apetitoso e odor agradável;

- Beba pelo menos 1, 5L de água por dia, caso a água tenha um sabor desagradável substitua por sumos ou chá;



Fonte: National Cancer Institute

- Opte por alimentos ricos em proteínas (ex: peixe, carne e leguminosas);
- Evite frutos do mar, ovos e ainda bebidas ou queijos não pasteurizados .



Fonte: National Cancer Institute

- Se vomitar, não ingira nada até os vômitos estarem controlados. Depois tente iniciar a alimentação gradualmente, começando a beber pequenas quantidades de líquidos e vá progredindo de acordo com a tolerância;
- Se tiver lesões na boca ou garganta, dê preferência a alimentos macios e fáceis de mastigar. Evite alimentos duros ou muito secos, alimentos salgados ou muito condimentados e sem bebidas e alimentos ácidos ;
- Se tiver diarreia, beba líquidos ao longo do dia e coma alimentos com baixo teor de fibras (arroz, massas, pão de trigo e batatas) e com baixo teor de gordura (galinha ou peru cozido ou em caldo) e pouco condimentadas;
- Se tiver obstipação (prisão de ventre), aumente a ingestão de líquidos, prefira alimentos ricos em fibras (pão e cereais integrais, hortaliças e legumes, frutas frescas).



Fonte: National Cancer Institute

Os tratamentos podem dificultar a ingestão oral dos alimentos, pelo que poderá ser necessário fazer chegar os alimentos ao estômago através de um tubo colocado pelo nariz (sonda nasogástrica) ou através de um pequeno orifício na barriga (PEG).

Se não conseguir alimentar-se de forma adequada, fale com a equipa que o trata. O nutricionista de apoio ao serviço poderá recomendar o uso de suplementos nutritivos.



Fonte: National Cancer Institute

Atividade social e profissional

O facto de se encontrar mais vulnerável a qualquer tipo de infeção faz com que deva evitar o contacto com pessoas doentes e locais de grande concentração de pessoas, tais como, centros comerciais, supermercados, cinemas, transportes públicos, entre outros. Se tiver que se deslocar a estes locais, faça-o nas horas de menor afluência.



Fonte: National Cancer Institute

Pode manter a sua atividade física de acordo com as suas capacidades. Procure planejar atividades de acordo com o seu nível de energia, intercalando com períodos de descanso.

Passear ao ar livre é aconselhado, mas evite grandes variações de temperatura, exposição ao sol e utilize sempre medidas de proteção como o chapéu e o protetor solar.

A realização dos tratamentos não é impeditiva de continuar a trabalhar, mas poderá sentir necessidade de diminuir o seu ritmo de trabalho. O ideal será aconselhar-se com o seu médico.

Atividade sexual

A vida amorosa e sexual são aspetos íntimos de cada pessoa.

É possível que durante o tratamento haja uma diminuição do desejo sexual, em parte motivada por problemas físicos, psicológicos, entre outros. Procure estabelecer um diálogo aberto com o seu parceiro sobre este assunto. Juntos podem encontrar formas de ultrapassar este problema.



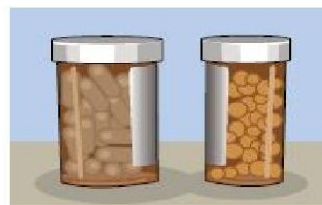
Fonte: National Cancer Institute

Poderá sentir a necessidade de recorrer ao uso de lubrificantes, devido à diminuição da lubrificação dos órgãos sexuais, como consequência do tratamento.

A indicação para contraceção mantém-se pelo risco de gravidez apesar de muitos tratamentos provocarem esterilidade. É, aconselhada a utilização do preservativo não só como método contraceptivo mas também como forma de prevenir a transmissão de doenças oportunistas (ex: candidíase).

Vigilância de saúde

A vigilância de saúde é bastante regular e apertada durante o período de tratamento, através da realização de consultas, de análises sanguíneas e outros exames que se justifiquem.



Fonte: National Cancer Institute

Em casa é importante que cumpra a medicação prescrita e as recomendações que lhe forem transmitidas pela equipa de profissionais de saúde.

Durante todo o período de tratamento não deve tomar vacinas nem realizar tratamentos dentários sem antes falar com o seu médico assistente.

É importante estar atento às alterações anormais que possam surgir no seu corpo (alterações da pele e mucosas, da urina e fezes, sinais de hemorragia ou infeção) e comunicá-las à equipa de saúde.

Se tiver cateter venoso central será necessário que o penso e a heparinização do mesmo sejam efetuados em Hospital de Dia de Quimioterapia, que será combinado consigo durante o internamento. Nestes casos, traga sempre consigo o cartão do cateter.



Fonte: National Cancer Institute

Deve informar ou contactar a equipa de enfermagem se identificar alterações no penso ou no local de inserção do catéter. E caso observe alguma alteração no catéter em simultâneo com a perfusão de quimioterapia por bomba infusora, deve clampar o mesmo e dirigir-se ao hospital o mais rapidamente possível.

Situações em que deve contactar ou recorrer ao Hospital



Fonte: National Cancer Institute

Existem algumas situações em que deve contactar o hospital. Previamente poderá realizar um contacto telefónico (disponível na página 18) e validar a necessidade de se deslocar ao hospital de especialidade ou ao seu hospital da área de residência.

Contactar sempre que tenha:

- febre (igual ou superior a 38°C);
- tosse persistente ou falta de ar;
- alterações da urina ou queixas urinárias;
- alterações da consistência ou cor das fezes;
- alterações da pele e mucosas;
- hemorragias;
- náuseas e vómitos não controlados com medicação prescrita pelo médico;
- dor persistente, não controlada com medicação prescrita pelo médico;

Em qualquer caso de dúvida, contacte sempre o hospital.

Os contactos são:

Contacto geral – xxxxxxxx

Serviço de– xxxxxxxx

Serviço de Atendimento Não Programado- xxxxxxxx

Consulta de– xxxxxxxx

Serviço de– xxxxxxxx

Hospital de dia de xxxxxxxx

Serviços de apoio

- Lar de doentes
- Liga Portuguesa Contra o Cancro
- Movimento de Apoio a Laringectomizados (MovApLar)

NOTAS
